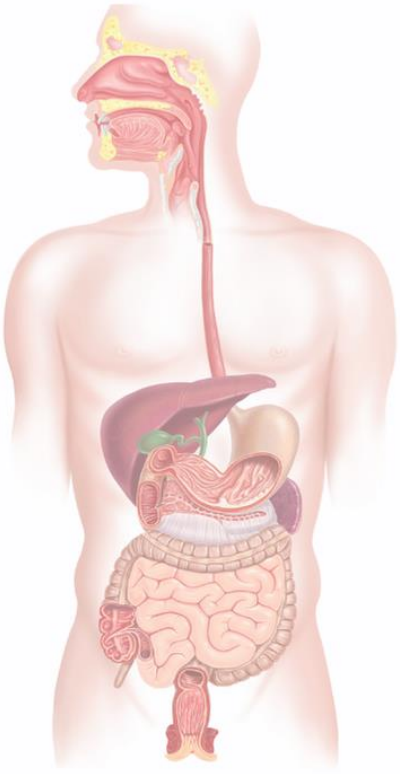
Ciências da Saúde EM FOCO



Renan Nascimento Barros
Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadores)

Editora Poisson

VOLUME 7

Renan Nascimento Barros
Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadores)

Ciências da Saúde em Foco
Volume 7

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2025

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

c569
Ciências da Saúde em Foco - Volume 7/ Organização: Renan Nascimento Barros, Gleica Soyan Barbosa Alves, Eliene de Oliveira - Editora Poisson
Belo Horizonte - MG: Poisson, 2025

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-514-4
DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. BARROS, Renan Nascimento II. ALVES, Gleica Soyan Barbosa III.OLIVEIRA, Eliene de IV. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1: Racismo institucional na saúde: barreiras invisíveis e desigualdades visíveis 06

Dafne Domingos Masson da Silva Christoff, Fabricio da Cunha Moraes, Marlon Pereira de Oliveira,Tamie Sofia Fronza Cronst, Rebeca Scherer Pires, Éverton de Vargas Gomes, Luciano Samaniego Arrussul, Amanda Alexandra Maciel de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.01

Capítulo 2: Papel do enfermeiro frente à violência obstétrica na atenção básica: revisão integrativa 14

Vanessa Tavares da Costa Catonho, Rafaela Figueiredo da Costa Bezerra, Livia Rodrigues Castor Almeida, Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão, Laura Maria Leite da Silva, José Daniel da Silva Sobral, Grazielly Naiane Silva, Thaís Pimentel Sales

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.02

Capítulo 3: Câncer de pênis no Maranhão: análise dos aspectos sociodemográficos 25

Anna Carolina da Silva Monteiro, Suane Maria Marinho Sá Souza, Talita Francine Moraes de Goveia, Maycon Guimarães Santos, Elon de Sousa Nascimento, Maria Lorena da Rocha Carvalho

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.03

Capítulo 4: O impacto das fake news no processo de vacinação pediátrica no Brasil: uma revisão integrativa 34

Aline Malaquias de Oliveira, Alessandra Porto d'Ávila, Daniela Giotti da Silva, Natália Klauck de Souza

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.04

Capítulo 5: A contribuição do princípio da integralidade na consolidação do Sistema Único de Saúde 44

Maria Fernanda Pereira, Maria Fatima Balestrin

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.05

Capítulo 6: Extensão universitária: infecções sexualmente transmissíveis em idosos - proposta de ensaio comunitário 61

Luciclaudio da Silva Barbosa, Ana Karine Laranjeira de Sá

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.06

SUMÁRIO

Capítulo 7: No epicentro da crise: como o medo da Covid-19 afetou o sono e a saúde mental de pacientes diagnosticados com insônia em um hospital psiquiátrico brasileiro 67

Felipe Alckmin-Carvalho, Guilherme Welter Wendt, Iara do Nascimento Teixeira, António de Pádua Jesue Oliveira, Henrique Pereira

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.07

Capítulo 8: Estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos: revisão integrativa 86

Cristovão Jackson Lins da Costa

DOI: 10.36229/978-65-5866-514-4.CAP.08

Autores 96

Capítulo 1

Racismo institucional na saúde: barreiras invisíveis e desigualdades visíveis

Dafne Domingos Masson da Silva Christoff
Fabricio da Cunha Moraes
Marlon Pereira de Oliveira
Tamie Sofia Fronza Cronst
Rebeca Scherer Pires
Éverton de Vargas Gomes
Luciano Samaniego Arrussul
Amanda Alexandra Maciel de Oliveira

Resumo: O artigo propõe-se abordar sobre racismo institucional na saúde. O objetivo geral é identificar os efeitos do racismo institucional na saúde. O presente estudo consiste em pesquisa de revisão bibliográfica, descritiva e exploratória. Com o levantamento de informações ao longo da pesquisa e da análise dos dados, foi possível concluir que na área da saúde, podemos encontrar o racismo institucional visível e presente, com disparidades de atendimento prestadas para a população branca, comparado à população negra e a falta de implantação de políticas de compensação para a população negra potencializa dados de desigualdade.

Palavras-chave: Racismo na saúde, racismo institucional, população negra.

1. INTRODUÇÃO

A história do povo negro brasileiro contada em livros ainda não reflete plenamente a realidade da participação de negros e negras na construção desta nação. Muitas informações foram apagadas ou se perderam ao longo do tempo. Apesar disso, a cultura africana e suas tradições permanecem vivas e presentes até os dias de hoje, enriquecendo nossa identidade cultural.

O portal Geledés apresenta a filosofia africana *Sankofa*, que ensina que, ao esquecer algo, é preciso retornar ao ponto onde o fato foi deixado para recuperá-lo. Essa filosofia não se limita a retornos geográficos, mas também inclui perdas do passado, sejam elas materiais ou imateriais. Essa ideia é especialmente relevante para os brasileiros que buscam suas raízes ancestrais na África contemporânea (Barros, 2021). A partir dessa perspectiva, compreendemos a necessidade de revisitar o passado e as memórias coletivas para interpretar e compreender plenamente o presente.

O povo negro chegou ao Brasil trazendo consigo um legado de sabedoria milenar e grandiosidade cultural. Em suas bagagens, vieram conhecimentos vastos que contribuíram significativamente para a humanidade. O legado africano para o Brasil é imenso. Foram os negros, ainda que trazidos compulsoriamente, que povoaram e moldaram a nação, enquanto os europeus enxergavam o território apenas como uma colônia de exploração (Fonseca, 2009). Homens e mulheres negras participaram ativamente no desenvolvimento do Brasil, com contribuições que transcenderam o trabalho braçal. Eles influenciaram áreas como religião, artes, arquitetura, medicina e até mesmo a economia, desempenhando um papel essencial na construção da nação.

Em 13 de maio de 1888, a Lei Áurea decretou o fim da escravidão no Brasil. Contudo, mesmo após a abolição, o povo negro permaneceu marginalizado, sem acesso a condições de vida dignas ou inclusão no mercado de trabalho. No dia 14 de maio de 1888, muitos foram abandonados à própria sorte, sem políticas públicas que revertessem mais de três séculos de escravidão. As promessas de inclusão no mundo dos livres foram adiadas indefinidamente. Até hoje, a indiferença do Estado brasileiro é evidente, com a ausência de políticas efetivas de reparação que revertam as condições de pobreza e desigualdade racial (Soares, 2018).

Segundo dados do IBGE de 2018, o Brasil ainda está distante de se tornar uma democracia racial. Em média, pessoas brancas têm os maiores salários, enfrentam menos desemprego e são maioria no ensino superior. Em contrapartida, os indicadores socioeconômicos da população preta e parda, assim como dos povos indígenas, mostram desvantagens significativas em várias áreas (IBGE, 2018).

Apesar dos desafios, a população negra encontrou formas de resistir e sobreviver. Trouxeram consigo dispositivos de resistência herdados de Mãe África, como os quilombos, que se tornaram refúgios culturais e espaços de preservação da identidade, das tradições e das crenças. Os quilombos não foram apenas uma estratégia de sobrevivência para os negros escravizados, mas também uma expressão de resistência e de repúdio à escravidão, cuja importância se mantém viva até hoje nas comunidades remanescentes.

A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representa um marco importante no enfrentamento das desigualdades raciais na saúde. Essa política destaca o compromisso entre os três entes federativos responsáveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer atendimento integral à população negra, promovendo

melhorias nas condições de saúde e inclusão no sistema público.

Além disso, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso XLII, determina que "a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à reclusão nos termos da lei". Outra conquista importante é o Estatuto da Igualdade Racial, que promove a igualdade racial e combate a discriminação, garantindo à população negra oportunidades efetivas e a defesa de seus direitos individuais e coletivos.

Desde a formação do Brasil, o povo negro enfrenta desvantagens e injustiças. No entanto, sua luta constante pelo fim das desigualdades raciais resultou em importantes conquistas, como a PNSIPN. Essa trajetória de resistência reafirma a força e a determinação de um povo que continua a lutar por seu lugar na sociedade e por um futuro mais igualitário.

2. OBJETIVO

Identificar os efeitos do racismo institucional na saúde.

3. METODOLOGIA

Um estudo do tipo revisão bibliográfica, com abordagem descritiva e exploratória. A pesquisa baseou-se em artigos científicos disponíveis nas bases de dados do Ministério da Saúde, Google Acadêmico e Scielo. Os descritores utilizados foram: *racismo na saúde*, *racismo institucional* e *população negra*.

O estudo foi conduzido entre os meses de setembro e novembro de 2021, utilizando artigos científicos completos em língua portuguesa, publicados no período de 2015 a 2021. No total, foram analisados 20 artigos científicos, dos quais 12 foram selecionados para o desenvolvimento do trabalho.

Os critérios de inclusão consideraram artigos disponíveis nas bases de dados referenciadas anteriormente, escritos em língua portuguesa, e que apresentassem enfoque no tema *racismo institucional na saúde*. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados artigos que não estavam disponíveis na íntegra, que não eram escritos em língua portuguesa, que fugiam ao tema proposto ou que estavam fora do intervalo de publicação estabelecido na metodologia.

4. DISCUSSÃO

O presente capítulo pretende apresentar elementos de discussão sobre os efeitos e o conceito do Racismo Institucional na Saúde. Tal abordagem é necessária porque estudos revelam que discutir sobre o tema é fundamental, uma vez que preconceitos e ações de discriminação racial afetam e impactam negativamente a vida do povo negro brasileiro.

Segundo dados do IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) Porto Alegre (RS) é a cidade com maior desigualdade entre negros e brancos no Brasil. Enquanto o IDHM da população negra na capital gaúcha é de 0,705, o da população branca é de 0,833 diferença de 18,2%, a maior encontrada entre as cidades brasileiras consideradas no estudo. A diferença média nacional é de 14,42% (IPEA, 2017).

A pesquisa o Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 maiores Empresas do Brasil e suas Ações Afirmativas, realizada pelo Instituto Ethos e IBGE em 2010 revela que nos quadros funcionais e de chefias intermediárias, os negros ocupam, respectivamente, 31,1% e

25,6% dos cargos. Na gerência, são 13,2% e na diretoria, 5,3%. A situação da mulher negra é pior: ela fica com 9,3% dos cargos da base e de 0,5% do topo. Em números absolutos, significa que, no universo que as empresas informaram, de 119 diretoras e 1.162 diretores de ambos os sexos, negros e não negros, apenas seis são mulheres negras.

Os negros têm menor acesso aos serviços de saúde institucionais, bem como a serviços curativos e preventivos. A população negra é aquela que demonstra menores condições de saúde (Silva et al, 2019).

Em contrapartida, um estudo realizado pela Revista Brasileira de Enfermagem (2019) demonstrou que 48,6% dos pretos e 40,5% dos pardos declararam perceber algum tipo de situação racista nos serviços públicos de saúde.

Analisando os dados epidemiológicos da Saúde da População Negra, observa-se que o racismo institucional tem efeitos significativos na saúde. São eles: desigualdades na assistência à saúde, 29,4% das mães negras de crianças nascidas vivas realizaram seis ou menos consultas de pré-natal. Esse percentual ficou em 20,7% entre as mães brancas de crianças nascidas vivas.

Mortalidade precoce, maior proporção de óbitos entre negros ocorrendo nos primeiros anos de vida, até os 9 anos, e dos 20 aos 59 anos.

Doenças transmissíveis crônicas, no quesito raça/cor verifica-se que a população que se autodeclara de raça/cor branca concentra o maior número absoluto de casos. Contudo, quando comparada à distribuição proporcional dos casos, historicamente o grupo mais acometido pelas doenças transmissíveis crônicas é o de raça/cor negra, visto que apenas 20,2% da população de Porto Alegre é de raça/cor negra (pretos e pardos).

Para os agravos de AIDS e sífilis adquirida, a população negra apresenta proporcionalmente, no mínimo, o dobro de casos que a população branca, evidenciando a vulnerabilidade e barreiras estruturais de acesso e oportunidades a esta população.

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) definiu o racismo institucional como

> (...) o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p.17).

Em sintonia com a definição acima, a autora Jurema Werneck definiu o racismo institucional como um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistem ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último.

> Racismo institucional é a 'imaginação' de uma sociedade cujos segmentos dominantes não tenham consciência do seu racismo e, no limite, aparentemente, tenham até atitudes antirracistas, assegurando, dessa forma,

> uma posição favorável em que se conviveria com um racismo disfarçado, em- bora estas elites aufiram vantagens dessas situações (Wieviorka, 2007, p.29).

Essa mesma perspectiva é partilhada por Kabengele (2019), autor que reforça:

> O racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que tem características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais (Kabengele, 2019).

Os autores mencionados acima colocam em evidência que a prática do racismo é um modo da sociedade deixar homens e mulheres negras em situação de vulnerabilidade, com desvantagens em relação à população branca. Observa-se também que essa prática é comum e muitas vezes não é percebida por quem o pratica. Sabe-se que essa cultura foi criada desde a chegada do povo africano ao Brasil para viverem na condição de escravizados. Desde então o racismo existe e produz malefícios diariamente na vida da população negra.

Com base nos conteúdos referenciais, é possível evidenciar como o tema vem sendo abordado, em produções científicas, de forma permanente em uma luta insistente contra o preconceito e a discriminação.

No Brasil, o preconceito e a discriminação são comportamentos quase nunca admitidos. Aqui no estado brasileiro o racismo é um crime perfeito, ele promove desigualdade e uma negação da existência deste (Ribeiro, 2016).

Assim, ainda no que diz respeito ao racismo institucional percebe-se que há uma diferença no processo de saúde e doença entre negros e brancos. Esses processos institucionais permitem que nem sempre ele se apresente de forma explícita, muitas vezes o racismo institucional surge de forma mais sutil, sendo mais difícil reconhecer atos e ações.

Também é possível perceber que o assunto apresenta uma relação com as desigualdades raciais e os determinantes sociais. Uma vez que os negros brasileiros são vistos de forma inferior e tratados de forma desigual.

Fica evidente, portanto, que esses comportamentos discriminatórios que excluem, causados pelo racismo , geram uma assistência falha, sem qualidade e segurança para o povo negro brasileiro.

> O racismo apresenta-se, ao mesmo tempo, aberto e encoberto, em duas formas estreitamente relacionadas entre si. Quanto à forma individual, o racismo manifesta-se em atos de violência de indivíduos brancos que causam mortes, danos, feridas, destruição de propriedade, insultos contra indivíduos negros. Já com a forma de racismo institucional, aparece menos identificável, em relação aos indivíduos específicos que cometem esses atos, mas não por isso menos destrutivo de vidas humanas. Origina-se no funcionamento das forças consagradas da sociedade, e recebe condenação pública muito menor do que a primeira forma (López, 2012, p.127).

Na relação entre racismo institucional e saúde, evidenciam-se inúmeros obstáculos que

dificultam o acesso de homens e mulheres negras à saúde. Assim, de acordo com a pesquisa realizada para análise desta revisão de literatura, apresentam-se as seguintes informações:

Na área da saúde, podemos encontrar o racismo institucional visível e presente, com disparidades de atendimento prestadas para a população branca, comparado à população negra, prova disso são as altas taxas de mortalidade e maior prevalência de doenças crônicas (Quadros et al, 2020).

> A PNSIPN tem apenas 10 anos. Há um desconhecimento da população e dos profissionais de saúde de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção. Os poucos gestores/gerentes que conhecem e assumem o compromisso em implementar a PNSIPN não sabem como fazê-lo, mas compreendem o impacto, a diferença que se pode fazer no perfil de morbimortalidade da população negra o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde (Batista, 2017).

Sem muitas distinções, a pesquisa de Matos e Tourinho (2018) com residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de família e Comunidade revelou que a maioria dos preceptores e minoria dos estudantes referiu conhecer o conceito de racismo institucional. Entretanto, mesmo a maior parte acreditando que haja disparidades em saúde entre os grupos raciais, 28,7% não acreditam haver diferença no tratamento recebido pela população negra nos serviços de saúde e 16,52% acredita que políticas como a PNSIPN tendem a reforçar a discriminação racial, ou não são importantes (0,87%).

Apesar da saúde ter tido avanços consideráveis, a entrega de serviços de qualidade ainda não pode ser garantida a população negra, ainda que vivamos no século XXI , e mais de décadas pós era do escravagismo, é sabido que negros e negras são tratados de forma precária pela cor da sua pele. Analisando os dados se evidencia a desigualdade em saúde, iniquidades raciais em saúde, injusta e desnecessárias.

O Brasil optou por um sistema de saúde público e universal e que deve garantir o atendimento para todos os cidadãos, além de garantir o diferencial para os desiguais visando reduzir a vulnerabilidade (Silva, 2017).

A diferença entre classes e raças no Brasil é o que faz refletir socialmente e impactar na saúde. Só existe raça porque existe o racismo. As questões etnicorraciais chegam a frente. Em uma sociedade estruturada pelo racismo, ser branco é um privilégio.

O conceito de branquitude fala sobre os privilégios e poder atribuídos às pessoas brancas, por isso é tão comum que não se queira falar sobre o processo do escravagismo. Falar sobre o racismo incomoda, gera desconforto, pois interfere nos privilégios de não ser negro numa sociedade estruturada pelo racismo.

Para as populações negras em geral, os impactos vão de prejuízos afetivos a transtornos psiquiátricos, enquanto as populações brancas, em geral, estão protegidas das tensões relacionadas às questões raciais. Esse ambiente protegido se configura como privilégio racial, e dificulta o desenvolvimento de competência do grupo branco de discutir seus papéis na manutenção do racismo e lidar com tensionamentos raciais. Essa é uma das circunstâncias que compõem o conceito de “branquitude” (Diangelo, 2018).

A condição do negro no Brasil está relacionada com a raciologia onde utiliza-se o termo raça, usado para fazer uma diferenciação e transformando a raça humana em subdivisões,

sobre classes, cor da pele.

A questão étnica, de raça, de cor, está associada à discriminação, ao racismo e à exclusão social, que são aspectos que operam de forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde (Costa, 2010, p.101).

As estatísticas mostram que, considerando que os negros representaram a maior parte das taxas de desemprego e analfabetismo da história, a renda dos trabalhadores negros é inferior à dos brancos, e as universidades e outros locais foram ocupados integralmente pelos brancos há muito tempo. Frente a isso, é fundamental adotar e fortalecer uma política pública de igualdade que possibilite oportunidades para quem ainda sofre com a exclusão social.

Diante de todas as informações apresentadas até aqui, fica evidente que a população negra continua com desvantagens, como desigualdades salariais, acesso a benefícios, situações de vulnerabilidade e acesso à saúde quando comparada a população branca e o racismo institucional colabora diretamente na assistência prestada à população negra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O racismo está presente diariamente na vida de negros e negras, gerando obstáculos significativos e limitando o acesso ao direito à saúde. As informações e dados apresentados neste trabalho são uma contribuição valiosa para o campo da pesquisa, pois fornecem elementos importantes para o enfrentamento ao racismo institucional. Considerando a relevância do tema, é evidente que muitos outros estudos ainda podem e devem ser realizados. A população negra continua enfrentando a ausência de políticas públicas efetivas, o que reforça a necessidade de incluir e discutir o racismo institucional em todas as esferas, sejam públicas ou privadas, com o objetivo de superar o preconceito e a discriminação enraizados na sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o propósito de garantir o direito universal à saúde, sendo um dever do Estado assegurar sua execução. Para isso, o Estado precisa liderar e assumir seu papel de forma responsável enquanto ente público. É imprescindível que gestores se comprometam com a construção de uma sociedade mais digna e democrática. Além disso, o reconhecimento da importância da cultura negra é fundamental para promover a equidade.

É necessário repensar e implementar novas formas de inclusão de políticas públicas voltadas à população negra. A efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em todo o território nacional é um passo essencial. Outra ação indispensável é a ampliação do sistema de cotas, que deve colaborar ainda mais para a inserção de negros e negras no ensino superior e no mercado de trabalho. Tais iniciativas podem reduzir desigualdades como o acesso limitado a serviços, disparidades salariais e o direito a benefícios, contribuindo para diminuir os índices de desigualdade no Brasil.

O combate ao racismo e à discriminação é um processo longo e desafiador. A ausência de políticas de compensação para a população negra tem agravado as desigualdades destacadas neste trabalho. A luta contra o racismo é contínua e envolve todos os setores da sociedade. Diante dessa realidade, não podemos parar nem por um dia de lutar pelo fim do racismo e da discriminação racial, construindo um país mais justo e igualitário para todos e todas.

REFERÊNCIAS

[1] BIATO, Solange Ventura; DE OLIVEIRA, Adriano Pereira Basilo. Racismo Institucional na Saúde. MOITARÁ-Revista do Serviço Social da UNIGRANRIO, v. 1, n. 3, p. 118-138, 2019. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2007, 60p

[2] DA SILVA, Eduarda Laryssa Vasconcelos. Racismo institucional e suas repercussões ao acesso à saúde no Brasil. 2017.

[3] BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cadernos de saude publica, v. 33, 2017.

[4] DOS SANTOS, Roberta Georgia Sousa; DA CUNHA, Marisa Palacios; DE ALMEIDA REGO, Melo. O racismo institucional sob a perspectiva da ética do cuidado, nos serviços de saúde: revisão integrativa. Saúde Coletiva (Barueri), v. 10, n. 56, p. 3198-3213, 2020.

[5] DA SILVA, Marcos Antonio Batista. Racismo institucional: pontos para reflexão. Laplage em Revista, v. 3, n. 1, p. 127-136, 2017.

[6] SANTANA, Elisangela Ferreira de. RACISMO INSTITUCIONAL NO SUS E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA INSTITUTIONAL RACISM IN SUS AND HEALTH OF THE BLACK POPULATION. 2021.

[7] WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade,

[8] v. 25, p. 535-549, 2016.

[9] DA ROSA, Luiz Gustavo Fernandes et al. Percepções e ações dos enfermeiros em relação ao racismo institucional na saúde pública. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, p. 8, 2019.

[10] DE OLIVEIRA LODUVICO, Grazielle et al. Racismo institucional: percepção sobre a discriminação racial nos serviços de saúde/Institutional racism: perception about racial discrimination in health services. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 66, n. 1u, p. 1-6, 2021.

[11] DA SILVA, Marcos Antonio Batista. Racismo institucional: pontos para reflexão. **Laplage em Revista**, v. 3, n. 1, p. 127-136, 2017.

[12] SANTOS, Anne Bittencourt et al. Compreensões acerca do/a branco/ae da branquitude na Psicologia. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 21, n. 230, p. 68-80, 2021.

Capítulo 2

Papel do enfermeiro frente à violência obstétrica na atenção básica: revisão integrativa

Vanessa Tavares da Costa Catonho
Rafaela Figueiredo da Costa Bezerra
Livia Rodrigues Castor Almeida
Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão
Laura Maria Leite da Silva
José Daniel da Silva Sobral
Grazielly Naiane Silva
Thaís Pimentel Sales

Resumo: **Objetivo**: descrever o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica no âmbito da atenção básica. **Métodos**: revisão integrativa da literatura, norteada pela pergunta: "Quais as ações desempenhadas pelo enfermeiro na Atenção Básica frente às situações de violência obstétrica?". As bases de dados pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Bancos de dados em Enfermagem, *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online,* por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde, associando os descritores com o operador booleano "*AND*". **Resultados**: nove artigos compuseram a amostra final, os quais foram divididos em categorias temáticas, a saber: violência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal; o pré-natal como ferramenta na disseminação de informações para a prevenção da violência; o pré-natal como ferramenta na disseminação de informações para a prevenção da violência obstétrica; e os cuidados de enfermagem e a educação em saúde como instrumentos da prevenção da violência obstétrica. **Considerações Finais**: O enfermeiro da Atenção Básica desempenha um papel fundamental na identificação, prevenção e intervenção da violência obstétrica. Sua atuação abrange desde a educação em saúde prestada às mulheres sobre seus direitos até o suporte emocional, contribuindo assim para a promoção de saúde e melhorias nos indicadores materno-infantis.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Educação em saúde, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira contínua, haja vista que os avanços de pesquisas direcionadas ao parto humanizado em mulheres tem sido cada vez mais questionados, principalmente no que se refere aos métodos utilizados, entendidos como práticas invasivas em alguns casos.[1-2]

Logo, a substituição destes métodos por práticas humanizadas tenciona a segurança da gestante e se faz relevante na assistência à saúde, uma vez que acarreta a diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil, bem como hemorragias e infecções decorrentes de tais procedimentos obstétricos inadequados que podem de fato ser evitados.[1-2]

De acordo com a literatura, as consequências supracitadas podem ser resultantes da Violência Obstétrica (VO). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a VO pode ser caracterizada por atitudes desrespeitosas advindas de profissionais de saúde direcionadas à parturiente e à criança, podendo causar danos até mesmo irreversíveis. São exemplos dessas práticas a manobra de Kristeller, episiotomia, enemas, sucessivos exames de toques vaginais desnecessários, além de maus-tratos psicológicos, uma vez que a gestante pode ser insultada ou ser alvo de piadas durante o processo de parto o que pode ocasionar um trauma. Isto contribui para o aumento da morbidade por este agravo e desfechos negativos para o binômio mãe-bebê.[3]

No Brasil, a prevalência de violência obstétrica tem aumentado e mulheres relatam em serviços de saúde que já sofreram VO nos espaços públicos e privados. Isto reflete um problema de saúde pública, e na literatura observa-se também uma escassez de estudos epidemiológicos nacionais que evidenciem os desfechos sobre essa temática não ser abordada pelos enfermeiros da Atenção Básica (AB), o que contribui para as mulheres a se depararem com a violência obstétrica nas maternidades. Ademais, acrescenta-se a negligência de implementação de políticas públicas para coibir esses atos.[4-5]

Desse modo, o enfermeiro torna-se o profissional mais próximo para esse cuidado, inclusive avaliando a necessidade de práticas intervencionistas, levando em consideração a assistência humanizada e o respeito sob a decisão da paciente. Por isso, é essencial a criação de um vínculo e a comunicação ser eficaz e transparente entre profissional e paciente.[5-6]

Outrossim, é perceptível a necessidade da temática de violência obstétrica ser trabalhada desde o período gestacional nas consultas de pré-natal pelo enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito da AB, uma vez que muitas gestantes desconhecem a violência obstétrica, bem como os direitos postos em lei.[7]

Ao passo que a temática é pouco falada e às vezes o profissional desconhece, é necessário de antemão a implementação de capacitações em Educação Permanente por intermédio das autoridades, onde o enfermeiro possa adquirir conhecimento e colocar em prática na sua assistência a transmissão de informações a respeito da VO no ciclo gravídico-puerperal.[7-8]

Assim, todo cuidado ao enfrentamento desta temática deve-se iniciar na consulta de pré-natal onde o profissional de enfermagem tem seu primeiro contato com a mulher e é neste momento em que as dúvidas precisam ser sanadas, bem como a escuta ativa e a troca de conhecimento deve ser fortalecido[1]. O enfermeiro deve se dedicar a ouvir as demandas da gestante, prestando suporte e passando confiança para que a mesma tenha discernimento sobre todo seu processo de gestação.[3,9]

Além disso, o enfermeiro é o profissional mais qualificado para promoção da educação em saúde durante a assistência ao pré-natal de baixo risco, isto porque o vínculo que existe entre esse profissional e a gestante coincide com a diretriz de longitudinalidade do cuidado e a possibilidade de troca de conhecimentos.[8] Tal diretriz viabiliza maior autonomia para as gestantes nessa relação terapêutica, a fim de que estas participem de maneira ativa do próprio processo gestacional e parto humanizado, adquiram informações pertinentes, e certifiquem-se de que a lei seja obedecida pelos profissionais de saúde.[2,6,9]

Diante disso, a implantação e desenvolvimento das práticas de educação em saúde nas UBS pelo profissional de enfermagem são indispensáveis para a corresponsabilidade das usuárias adscritas, uma vez que as gestantes terão acesso a informações e terão propriedade para intervir, se necessário, no próprio processo gravídico-puerperal. A discussão sobre a violência obstétrica precisa alcançar as gestantes de forma precoce nesse nível de atenção, para que a realização de procedimentos desnecessários e a ocorrência desse agravo no momento de parto sejam extintos.[10]

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações desempenhadas pelo enfermeiro na Atenção Básica frente às situações de violência obstétrica?. A fim de cooperar com as pesquisas e com o conhecimento dos enfermeiros e gestantes sobre a VO, a pesquisa teve como objetivo descrever o papel do enfermeiro frente a violência obstétrica no âmbito da Atenção Básica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.[7] O método foi escolhido a fim de propiciar uma análise e síntese da temática estudada, gerar conhecimentos operados em pesquisas anteriores, bem como para apontar lacunas a serem estudadas.

O processo de análise da pesquisa sucedeu nas seguintes etapas metodológicas: identificação do tema; levantamento da questão de pesquisa; escolha dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; coleta de dados; e avaliação dos artigos selecionados que corroborem com a proposta da pesquisa. Para a construção dos resultados houve uma categorização dos estudos e a epilogação das informações extraídas dos artigos selecionados para em seguida realizar a discussão dos dados.[7]

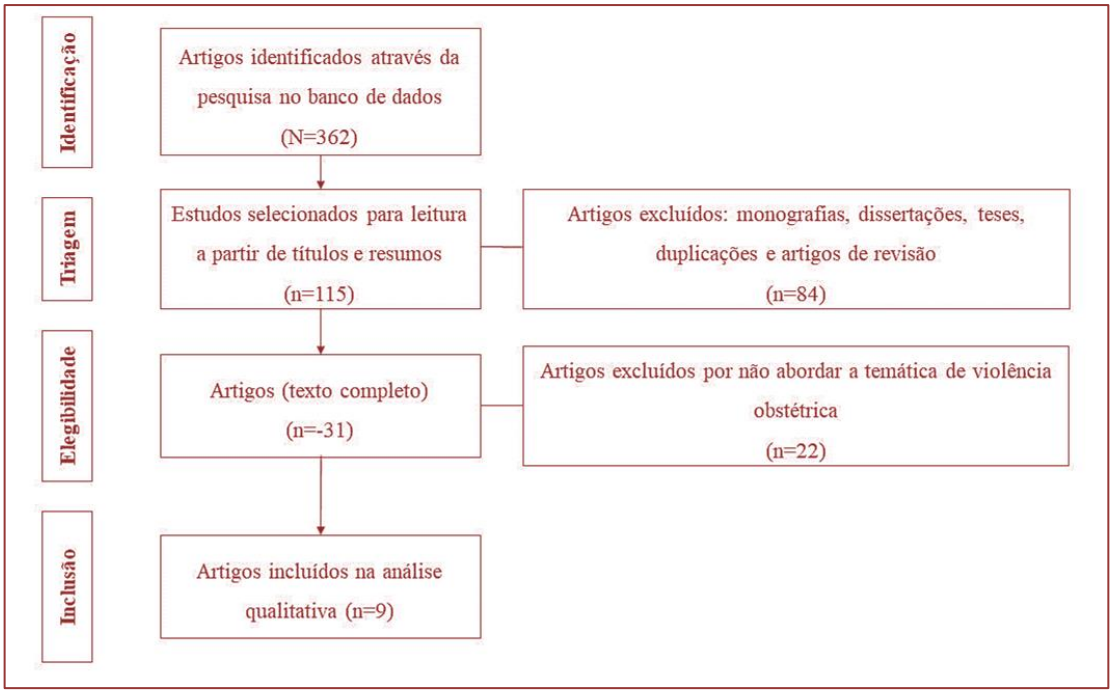
Assim, em primeiro momento foi realizada uma busca de artigos no período de março a abril de 2023, sobre o papel da enfermagem frente à violência obstétrica na Atenção Básica em bases de dados nacionais e internacionais. As bases de dados pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bancos de dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (MEDLINE), por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), uma vez que esta permite a busca nas principais fontes nacionais e internacionais.

Para a elaboração da estratégia de busca foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como "Violência obstétrica; Educação em saúde; Enfermagem e Atenção Primária à Saúde", e seus correspondentes na língua inglesa "*Battered Women*" "*Obstetrics*", "*Health Education*", "*Nursing*" e "*Primary Health Care*". Foram realizadas associações dos descritores através do operador booleano "AND", com o objetivo de facilitar a busca aos manuscritos.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, disponíveis na íntegra de forma online, gratuita, na língua portuguesa e inglesa, publicados a partir de 2018, que se relacionassem com o tema e respondessem à questão da pesquisa. Já os critérios usados para exclusão foram monografias, dissertações, teses e artigos de revisão e reflexão que não contribuíram com a temática do estudo, bem como as publicações duplicadas.

Foram detectados inicialmente 362 artigos de acordo com a combinação dos descritores, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados 115 periódicos para leitura de títulos e resumos. Destes, 84 foram excluídos por não abordarem a temática de estudo, restando 31 para serem analisados na íntegra. Ademais, 22 estudos foram excluídos por não abordar a VO, sendo assim, nove artigos compuseram a amostra final. As informações estão descritas no fluxograma PRISMA adaptado (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de busca dos artigos de acordo com o PRISMA. Garanhuns, PE, Brasil, 2023



Fonte: Adaptado do modelo PRISMA.

3. RESULTADOS

Na presente revisão integrativa analisou-se nove artigos que atenderam os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Com isto, foi elaborado o quadro abaixo onde foram expostas as particularidades dos artigos estudados da amostra, classificados quanto à autoria, título, tipo de estudo e objetivo (Quadro 1).

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa, de acordo com autor/ano, título, tipo de estudo e objetivo. Garanhuns, PE, Brasil, 2023. (N=9)

Número do artigo Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo
A1[12]	Violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural	Estudo transversal, descritivo	Analisar relatos de puérperas sobre violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural.
A2[13]	Conhecimento de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre violência obstétrica	Estudo qualitativo	Investigar o conhecimento de enfermeiros da atenção primária à saúde acerca da violência obstétrica.
A3[14]	Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar	Estudo do tipo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativa	Identificar o conhecimento das parturientes sobre a violência obstétrica, levantar se conseguem identificar as principais ações presentes na violência obstétrica, detectar os impactos físicos e psicológicos na violência obstétrica.
A4[15]	Violência obstétrica na percepção de puérperas	Estudo descritivo com abordagem quantitativa	Analisar a percepção de puérperas a respeito da violência obstétrica em uma maternidade de um município paraibano.
A5[16]	Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Compreender a experiência de puérperas com as práticas convencionais do parto e violência obstétrica.
A6[17]	Mulher e parto: Significados da violência obstétrica e a abordagem da enfermagem	Estudo qualitativo	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.
A7[18]	Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto	Estudo descritivo de caráter qualitativo	Averiguar o conhecimento de mulheres sobre a violência obstétrica e verificar as formas de violência obstétrica vivenciada por mulheres durante o processo de parturição.
A8[19]	Violência obstétrica: Influência da exposição sentidos do nascer na vivência de gestantes	Estudo transversal, multicêntrico e multimétodos com componente quantitativo e qualitativo	Analisar o perfil das gestantes que visitaram a Sentidos do Nascer, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO.
A9[20]	Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo	Pesquisa de campo, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa	Identificar a prática da violência obstétrica vivenciada no processo de parturição.

Após a leitura na íntegra dos estudos selecionados, emergiram as seguintes categorias: violência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal; o pré-natal como ferramenta na disseminação de informações para a prevenção da violência obstétrica; e os cuidados de enfermagem e a educação em saúde como instrumentos de prevenção da violência obstétrica (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação dos artigos em categorias temáticas. Garanhuns, PE, Brasil, 2023. (N=9)

Categorias	Artigos
Violência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal	A1,[12] A3,[14] A4,[15] A5[16]
O pré-natal como ferramenta na disseminação de informações para a prevenção da violência obstétrica	A7,[18] A8,[19], A9[20]
Cuidados de enfermagem e a educação em saúde como instrumentos de prevenção da violência obstétrica	A2[13], A6[17]

4. DISCUSSÃO

Nesta sessão, foi sintetizada e discutida a produção científica sobre o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica na atenção básica. Diante disto, os estudos da amostra permitiram que surgissem categorias temáticas para uma melhor compreensão do estudo em questão.

4.1. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Evidenciou-se que durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher tem sofrido a violência obstétrica originando algumas consequências para si e para o bebê, muitas vezes irreversíveis. Não tão raro, sofrem situações de VO nas unidades de saúde que deveriam assisti-las de modo qualificado em suas demandas relacionadas ao trabalho de parto, parto e puerpério.[4,6,19] Ela pode apresentar-se de variadas formas, desde a falta de consentimento da mulher e o não esclarecimento por parte da equipe sobre os procedimentos realizados, até a injúria verbal através de palavras e frases grosseiras que inibam a mulher de expor o que está sentindo e exclua a possibilidade de ser protagonista do seu parto.[1,20]

No pré-natal, a violência obstétrica é vista quando há a existência de informações sendo repassadas às gestantes de maneira equivocada e sem respaldo científico. Por conseguinte, a negligência quanto a abordagem de conteúdos às mulheres sobre os riscos e benefícios do parto, direitos da gestante e a autonomia que ela tem de seu corpo no momento do parto, bem como não realizar procedimentos essenciais, são atos que se enquadram como violência. Como resultado, a mulher é levada ao desconhecido possibilitando a violência às cegas.[20-21]

Segundo a literatura, a escassez de informações nesta fase, tem levado muitas gestantes a sofrerem a violência obstétrica de forma física, verbal e psicológica, uma vez que os direitos são violados e as opiniões são subestimadas. Por vezes, em alguns casos tal prática exercida pelo profissional tende a ser normalizada pelas mulheres.[16,21]

O parto costuma ser um momento único na vida da mulher, haja vista que ocorre diversas mudanças no corpo e verifica-se a transição para um novo papel social, ser mãe. Logo, este processo contemplado por transformações fisiológicas precisa ser recordado como uma

experiência com boas lembranças. Para isto concretizar-se é necessário uma assistência humanizada, acolhedora que possa sanar as dúvidas e esclarecer os procedimentos que serão realizados priorizando sempre a saúde do binômio mãe-bebê.[1,4,18]

Contudo, o atual modelo de assistência ao parto e nascimento ainda compreende inúmeras condutas realizadas sem a devida necessidade ou sem indicações precisas. Nota-se que o protagonismo no trabalho de parto não está sendo respeitado, mesmo com as recomendações do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal. Observa-se ainda que durante a fase de trabalho de parto e parto algumas mulheres são expostas a distintas situações de vulnerabilidade, inclusive física e emocional.[5,9]

A exemplo, verifica-se a manifestação de procedimentos obstétricos sem o consentimento ou explicação, episiotomias, manobra de Kristeller, piadas e situações de desrespeito à anatomia feminina, toques vaginais constantes e dolorosos realizados por diferentes profissionais, proibição de ingerir bebidas ou alimentos, retardo do parto, bem como, problemas organizacionais como reflexo do abuso e desrespeito das instituições.[3,17]

Já no período do puerpério, a violência obstétrica pode se apresentar no apoio desumanizado à amamentação, omissão de informações, atitudes degradante, ato ou omissão nas entidades de saúde, compreendendo atitudes de desrespeito, como também supressão à dignidade humana como sujeito de direitos.[17-22]

Tais ações refletem em sintomas de frustração, insatisfação e desapontamento e, consequentemente, instabilidade psicológica, comprometendo o puerpério. Por conseguinte, a violência obstétrica no puerpério pode levar a traumas psicológicos, dificuldades de amamentação, problemas de saúde mental pós-parto, diminuição da autoestima e redução da confiança nas instituições de saúde.[12, 14, 22]

4.2. O PRÉ-NATAL COMO FERRAMENTA NA DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Observou-se que um bom acompanhamento no período gravídico-puerperal iniciando no pré-natal representa uma estratégia que pode ser efetiva no desfecho positivo materno-infantil, inclusive na redução de óbitos por causas evitáveis.[2] No que tange a prevenção da violência obstétrica, esta pode ser abordada por intermédio de um atendimento humanizado em que a mulher possa ser ouvida, exponha seus desejos e adquira novos conhecimentos sobre o tema.[9,17]

Contudo, na literatura os artigos mostraram que as gestantes devem receber informações no pré-natal sobre o que é violência obstétrica, como ela pode aparecer, além de mostrar de forma clara os seus direitos prescritos em lei, e como elas enquanto mulheres podem tornar-se protagonistas de seu parto, para que a VO seja evitada nas maternidades.[1,8,22]

Nota-se que o pré-natal efetuado pelo profissional de enfermagem traduz-se como estratégia elementar para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê, possibilitando o aumento do vínculo com as gestantes de modo a orientá-las sobre as práticas violentas e respectivas resoluções para que nas fases seguintes do processo que compreende o trabalho de parto, parto e puerpério esta problemática seja evitada e aconteça de fato o protagonismo da mulher em seu parto.[7,14,23]

Ressalta-se então a importância do profissional de enfermagem no acompanhamento das gestantes durante o período do pré-natal, parto e puerpério. Considerando o Decreto nº 94.406/87 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o qual regulamenta que o

profissional da enfermagem está apto a realizar o acompanhamento de pré-natal de baixo risco, sublinha-se a relevância dos cuidados desse profissional na AB, desde os procedimentos técnicos às ações de educação em saúde, permitindo que as gestantes compreendam o processo gestacional, sejam assistidas sem intercorrências, e desenvolvam um trabalho de parto seguro e saudável ao recém-nascido.[25]

Neste caso, o pré-natal é o período em que o enfermeiro pode orientar de perto, conhecendo a fundo o quadro da gestante incluindo suas emoções neste momento, seus desejos, suas dúvidas e então procurar ser o mais transparente possível, principalmente para reconhecer as necessidades e lançar estratégias que visem a saúde preparando-as para a maternidade, garantindo qualidade na assistência, no intuito de alcançar a construção de bem-estar biopsicossocial, preconizada pela OMS.[3,24]

Além disso, é indispensável nas consultas de pré-natal falar sobre os benefícios dos tipos de parto, bem como as possíveis complicações que levam a realizar uma cesariana, por exemplo, apontando dados atualizados de estudos científicos, na intenção de que toda mulher tenha uma melhor compreensão sobre cada procedimento que será realizado no trabalho de parto e parto, podendo assim tomar decisões baseando-se nas informações recebidas em uma das fases do ciclo gravídico-puerperal.[4, 12, 13]

Salienta-se também, a abordagem sobre os direitos referentes ao ciclo gravídico puerperal, que deve ter ênfase maior na assistência pré-natal, para que desta forma a mulher esteja apta na tomada de decisões ao que se refere a seu corpo e ao momento do parto, e possa denunciar eventos desrespeitosos.[25,12]

Dessa forma, as boas práticas de enfermagem baseadas em evidências científicas, e técnicas de humanização respeitando a mulher integralmente são eficazes principalmente para a prevenção da VO.[6,7,23]

4.3. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O profissional de enfermagem deve realizar boas práticas obstétricas durante o parto e o nascimento, com o intuito de prevenir a violência obstétrica. O acompanhamento da mulher de forma acolhedora e digna durante a gestação faz o diferencial na construção de conhecimentos relativos ao ciclo gravídico-puerperal, de forma a empoderá-la a respeito de decisões sobre si e o feto a partir da troca de informações com os profissionais de saúde.[21,14,26]

Alguns artigos retratam que a enfermagem possui um grande papel no enfrentamento da violência obstétrica, uma vez que é o profissional mais próximo da parturiente durante o momento do parto, assim como é o responsável por acompanhar o pré-natal criando um elo sólido entre profissional e gestante.[24,26]

Por este motivo, a educação permanente destaca-se como meio indispensável para aprimorar as habilidades dos profissionais que atuam na AB, não somente nas atividades técnicas e assistenciais do pré-natal, como na solicitação de exames, seguimentos de diretrizes e protocolos clínicos e terapêuticos; mas também na abordagem adequada sobre a VO, a fim de ofertar informações oportunas e relativas sobre este agravo.[8,13,27]

Além disso, alguns dos estudos analisados mostraram o quanto o cuidado da enfermagem é eficaz quando o sentido é promover uma assistência acolhedora, humanizada para com as mulheres e como o efeito é positivo quando as ações educativas são realizadas de

maneira correta promovendo o bem-estar do binômio mãe-bebê.[14,28] Diante disso, alguns cuidados merecem destaque e precisam ser postos em prática na assistência, como assegurar a redução de procedimentos invasivos, episiotomias, indução do parto e permitir a fisiologia normal do parto, intervindo com práticas humanizadas, quando necessário.[18,27]

Destarte, é papel do enfermeiro orientar e esclarecer desde o pré-natal métodos não farmacológicos e seus benefícios como o banho de imersão e aspersão, massagens lombares, técnicas de respiração, aromaterapia e a utilização de músicas para o conforto da parturiente, para que ela possa vivenciar o parto de forma humanizada.[20, 29]

Salienta-se a utilização da Educação em Saúde como ferramenta para orientar a mulher, onde o enfermeiro pode produzir conteúdo eficaz quanto a violência obstétrica. Esses profissionais como atores essenciais no pré-natal, parto e puerpério, devem garantir uma assistência integral, o apoio emocional, o compromisso com a saúde e a troca de conhecimentos e experiências entre profissional e gestantes.[14,30]

Indubitavelmente, a educação em saúde desenvolvida durante o pré-natal, não somente favorece a gestante com informações sobre a gravidez, parto e pós-parto, como também estimula e incentiva a autonomia da mulher, fortalecendo sua autoconfiança, evidenciando seu protagonismo diante da gravidez e o poder de escolha frente aos procedimentos realizados com seu corpo.[12, 15]

Nesse sentido, nota-se que realizar educação em saúde a fim de prevenir a VO torna-se fundamental na diminuição dessa prática, empoderando a mulher acerca de seus direitos, preservando sua autoconfiança frente à gravidez.[12] Os profissionais de enfermagem devem também conversar sobre o plano de aleitamento materno ou artificial e dar conselhos de suporte para que as puérperas consigam dar o melhor para seu bebê e ela juntamente, mas sempre tentando atender os critérios de acessibilidade, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade; além de estimular a deambulação antes e após o parto.[8,23]

4.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui como limitação a insuficiência de artigos disponíveis relacionados às condutas de enfermagem na prevenção da violência obstétrica nos períodos de pré-natal e puerpério.

4.5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo traz importante contribuição para os profissionais da área da enfermagem que atuam na AB, estudantes de enfermagem, gestantes e puérperas, no que tange informações sobre a prevenção da violência obstétrica e melhoria da assistência no desfecho gravídico-puerperal. Assim, espera-se que a presente revisão seja um meio enriquecedor para a reflexão e conhecimento deste público a fim de que a violência obstétrica seja evitada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro da Atenção Básica desempenha um papel fundamental na identificação, prevenção e intervenção da VO. Sua atuação abrange desde a educação em saúde prestada

a mulheres sobre seus direitos até o suporte emocional, contribuindo para a promoção de saúde materno-infantil e o bem-estar das mulheres.

Destarte, é necessário que o enfermeiro esteja atento às queixas e possa ouvir as dúvidas das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, de modo a fortalecer seu empoderamento e o protagonismo. As estratégias incluem informações fornecidas por educação em saúde, atividades de prevenção sobre a violência obstétrica, políticas de humanização na atenção ao parto e inclusão de debates a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

REFERÊNCIAS

[1] Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. Cien Saúde Colet. 2022;27(2):483-91.

[2] Nunes GFO, Matos KKC, Melo DEB, Viana LSS, Espínola MMM. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. Persp Online: Biol. & Saúde. 2020;35(10): 12-29.

[3] OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito, maus tratos durante o parto em instituições de saúde, Genebra: OMS, 2014.

[4] Alves LM, Siqueira FPC, Mazzetto FM. Violência Obstétrica: Investigação da Prevalência de Práticas Parturitivas. REAS. 2018;14:1-11.

[5] Matoso LM. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. C&D Rev Eletrôn FAINOR. 2018;11(1):49-65.

[6] Fonseca MRCC, Visnardi P, Traldi MC. Perfil sociodemográfico e acesso à assistência pré-natal das puérperas de um hospital público. REFACS (online) 2019; 7(1):6-15

[7] Gotardo AT. Parto humanizado, empoderamento feminino e combate à violência: uma análise do documentário o renascimento do parto. Doc On-line. 2018;(23):29-45.

[8] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

[9] Ruschi GEC, Zandonade E, Miranda AE, Antônio FF. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. Cad Saúde Colet. 2018;26(2):131-9.

[10] Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Rev Estud Fem. 2018;26(1):e43278.

[11] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. 2021;372:n71.

[12] Melo BLP, Moreira FTL, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER, Albuquerque GA. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural. Rev Cuid. 2022;13(1):e1536.

[13] Silva M, Aguiar RS. Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca violência obstétrica. Nursing. 2020;23(271):5013-24.

[14] Teixeira PC, Antunes LS, Duamarde LTL, Vellos V, Faria GPG, Oliveira TS. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: A dor que querem calar. Nursing. 2020;23(261):3607-15.

[15] Pascoal KCF, Filgueiras TF, Carvalho MA, Candeia RMS, Pereira JB, Cruz RAO. Violência obstétrica na percepção de puérperas. Nursing. 2020; 23(265):4221-6.

[16] Campos VS, Morais AC, Souza ZCSN, Araújo PO. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. Rev Baiana Enferm. 2020;34:e354.

[17] Oliveira MRR, Elias EA, Oliveira SR. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. Rev Enferm Ufpe On Line. 2020;243996(14);1-8.

[18] Nascimento SL, Pires VMM, Santos NA, Machado JC, Meira LS, Palmarella VPR. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. Enferm Actual

Costa Rica. 2019; 37:1-14.

[19] Lansky S, Souza KV, Peixoto ELM, Oliveira BJ, Diniz CS, Vieira NF, Cunha RO, Freche AAL, Violência obstétrica: influência da exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Cien Saude Colet. 2019; 24(8):2811-24.

[20] Costa DL, Silva RD, Roll JS, Trevisan MG, Teixeira GT, Cavalheiri JC, Perondi AR. Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. Rev Enferm UFPE On Line. 2022;16:e252768.

[21] Almeida MM, Cardoso FJC, Costa ACM, Macêdo WBS, Pessôa RMC, Azevêdo CAS. Vivência e saberes das parturientes acerca da violência obstétrica institucional no parto. REAS. 2018;10(1):1466-72.

[22] Moreira FTL, Melo BLPL, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER, Albuquerque GA. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural . Rev Cuidarte. 2022;13(1):E153.

[23] Moura RCM, Pereira TF, Rebouças FJ, Costa CM, Lernades AMG, Silva LKA et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. Enferm Foco. 2018; 9(4):60-5.

[24] Silva TMD. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. Acta Paul Enferm. 2020; 33:eAPE20190146.

[25] Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Decreto nº 94.406 de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

[26] Gomes SC, Teodoro LP, Pinto AG, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AK. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. Rev Bras Enferm. 2018;71(5):2594-8.

[27] Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DC, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(1):236-46.

[28] Saraiva MHC, Nunes KMF, Carvalho MJM, Reis RD, Ricarte ST, Rios MJBL, et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. REAS. 2018;(10):1129-36.

[29] Bezerra EO, Bastos IB, Bezerra AK, Monteiro PV, Pereira ML. Aspectos da Violência Obstétrica Institucionalizada. Enferm Foco. 2020;11(6):157-64.

[30] Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. Enferm Foco. 2021;12(4):787-93.

[31] Dias SL, Pacheco AO. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. Rev Arq Cient. 2020;3(1):4-13.

Capítulo 3

Câncer de pênis no Maranhão: análise dos aspectos sociodemográficos

Anna Carolina da Silva Monteiro
Suane Maria Marinho Sá Souza
Talita Francine Moraes de Goveia
Maycon Guimarães Santos
Elon de Sousa Nascimento
Maria Lorena da Rocha Carvalho

Resumo: Este artigo busca a partir da descrição dos aspectos sociodemográficos estabelecer correlações com a incidência de câncer de pênis no Maranhão, apresentando-se com o maior número de casos no país. A etiologia do câncer de pênis é multifatorial e entre as principais causas estão os baixos níveis de instrução, higiene íntima precária, tabagismo e infecções sexualmente transmissíveis. Os censos sociodemográficos apontam o Maranhão enquanto um dos estados mais pobres, com baixos índices educacionais e um dos estados da federação com menor Índice de Desenvolvimento Humano. Tais achados apresentam coesão no que cerne a literatura e os aspectos sociodemográficos encontrados nos censos trazidos nesta bibliografia, no entanto, mais evidências e a produção de pesquisas epidemiológicas são necessárias para avaliação e consequente produção de intervenções em saúde pública.

Palavras-chave: Neoplasias penianas, Fatores sociodemográficos, Incidência.

1. INTRODUÇÃO

Neoplasias malignas ou câncer são denominações utilizadas para descrever um grupo de mais de 100 doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. O crescimento desordenado de células, as quais invadem os tecidos e órgãos, tem em sua gênese aspectos multifatoriais que influenciam sua etiologia (Instituto Nacional do Câncer, 2020).

É a patologia que tem se destacado no campo da saúde pública, sendo a principal causa de morte no mundo, marcando uma incidência a nível nacional no triênio 2023-2025 de mais de 700 mil novos casos, destes, 12 mil no estado do Maranhão (INCA, 2023a).

Entre o grupo, a neoplasia de pênis é considerada um problema de saúde pública que com maior frequência acomete os homens entre a 4ª e 8ª década de vida. É uma neoplasia rara, que representa cerca de 2% de todos os tipos de neoplasias que atingem os homens no Brasil e está associada às baixas condições socioeconômicas e culturais de cada país (INCA, 2022).

Mundialmente, são encontrados maiores índices de câncer peniano em regiões em desenvolvimento ou subdesenvolvidas e, no Brasil, tem maior incidência nas regiões Norte e Nordeste, com destaque para o Maranhão. Este, é um dos estados brasileiros com maior índice de casos de câncer de pênis, em média, são 6 casos a cada 100 mil homens (Vieira; Feitoza; Pinho, 2020; Costa *et. al.,* 2013).

Dentre os fatores epidemiológicos são descritos o baixo nível socioeconômico, baixo grau de instrução, fimose, hábitos de higiene pouco favoráveis à saúde íntima masculina, histórico prévio de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) (Bonfim, 2017). A etiologia do câncer de pênis ainda é incerta, no entanto é reconhecida sua multifatorialidade.

Assim, diante do exposto e considerando como objeto de estudo o câncer de pênis no estado do Maranhão, surge a inquietação que problematiza este estudo: quais os aspectos sociais envolvidos no câncer de pênis no Maranhão?

Esta pesquisa justifica-se a partir da intenção de compreender os aspectos sociais envolvidos na neoplasia de pênis no estado do Maranhão. E, para atingir as respostas ao problema da pesquisa, busca-se descrever os aspectos sociodemográficos, elucidar a etiologia do câncer de pênis e esclarecer as correlações entre tais pontos.

2. MÉTODO

Este artigo é um esboço teórico de método quanti-qualitativo construído através de um estudo bibliográfico de caráter descritivo, cuja finalidade é, a partir de literaturas e dados já publicados, estabelecer relações entre variáveis de determinada população ou fenômeno (Gil, 2017).

3. RESULTADOS

3.1. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DO MARANHÃO

O Maranhão é um dos noves estados do Nordeste, com uma população estimada de mais de 7 milhões de habitantes, no qual cerca de 4,147 milhões residem na zona urbana e

2,427 milhões na zona rural, sendo este último um dado desatualizado quando comparado a estimativa populacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021b; IBGE, 2010b).

Entre a expressão por gênero, cerca de 3 milhões são homens, e destes, 1,8 milhões estão entre as idades de 20 a 79 anos. O maior quantitativo de indivíduos está nafaixa etária de 20 a 24 anos, com estimativa de mais de 300 mil indivíduos. Sendo assim, o Maranhão pode ser considerado um estado jovem, com uma base de pirâmide larga (IBGE, 2010b).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, na estimativa fornecido pelo IBGE (2022), o rendimento mensal domiciliar per capita do estado é de R$ 814, estando em 27° lugar no ranking nacional, sendo descrito no mesmo indicador que 26,8% das pessoas de 16 anos ou mais possuem trabalho formal durante a pesquisa.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) atinge 0,639, colocando o estado em 26° lugar no ranking, tendo uma incidência de 56,38% de pobreza, ficando na 3ª posição de estado mais pobre da federação. Ademais, a média no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nos anos iniciais é de 4,7 e nos anos finais de 4,2, ambos na rede pública de ensino, colocando o estado na 25° e 24° posição respectivamente (IBGE, 2010c; IBGE, 2021a).

A Pesquisa Nacional de Saúde aponta que entre as pessoas de 18 anos de idade ou mais, 93,3% afirmam ter tido relações sexuais alguma vez na vida, tendo iniciado a sua vida sexual em média aos 16 anos de idade. Desta porcentagem total, 24,5% afirmam ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais nos 12 meses anteriores a data de entrevista (IBGE, 2019).

Ainda referente à saúde, 45,4% alegam ter se exposto a fatores de risco, não descritos quais na pesquisa; 11% alegam fazer uso de produtos derivados do tabaco, 10,9% fumam cigarro e 48,5% fumantes de tabaco tentaram parar o uso nos últimos 12 meses (IBGE, 2019).

3.2. NEOPLASIA DE PÊNIS

A carcinogênese é multicausal, envolta em fatores externos, ligados ao ambiente, e fatores internos, que envolvem alterações hormonais, imunológicas e genéticas. Estes fatores interagem entre si e estima-se que cerca de 80 a 90% dos casos estão associadas às causas externas provocadas pelo homem (INCA, 2023b).

A relação estabelecida entre estes aplica-se pela inter-relação entre o comportamento humano e exposição aos fatores de risco aos processos internos, que geram alterações a nível genético nas células. Existem ainda alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais suscetíveis à ação dos agentes cancerígenos ambientais. O que elucida o porquê algumas delas desenvolvem câncer e outras não, quando expostas a um mesmo carcinógeno (INCA, 2023b).

O câncer de pênis é caracterizado por uma neoplasia rara correspondente a cerca de 2% dos casos na população masculina nacional, e foi a causa de cerca de 463 óbitos em 2020. Não há um total conhecimento acerca de suas causas, mas associa-se às baixas condições socioeconômicas e de instrução, má higiene íntima, estreitamento do prepúcio e infecções pelo vírus do HPV e outras ISTs (INCA, 2022).

Tal realidade não se aplica exclusivamente ao Brasil. Garg e colaboradores (2023) apontam sobre esta realidade em outros países sul-americanos, no continente africano e

na Índia, e acrescenta entre os fatores de risco lesões penianas, infecções do trato urinário e o tabagismo. Além disso associa a residência em áreas rurais, a distância de acesso a centros de tratamento oncológico e a baixa escolaridade, correlacionando o estadiamento e histopatologia aos fatores sociodemográficos.

Ainda que em estágio inicial haja elevadas taxas de cura, a busca por suporte médico pode levar até um ano após o surgimento das primeiras lesões, e quando identificado, o tratamento oncológico pode variar de acordo com o grau de comprometimento e extensão da lesão, que pode comprometer os gânglios inguinais (INCA, 2022).

Uma das principais abordagens terapêuticas é a cirurgia, que, em caso de lesões superficiais, pode ser optada pela postectomia, tratamento também preconizado para a fimose, que consiste na remoção de parte ou de todo o prepúcio do pênis. Em quadros agravados a penectomia, total ou parcial, pode ser um método empregado, que consiste na remoção de parte ou de todo o pênis, associado ou não a radioterapia, quimioterapia e terapias alvo de acordo com a suscetibilidade tumoral (INCA, 2022).

Apesar de ser uma cirurgia complexa, estudos mostram que a reconstrução peniana (faloplastia) é possível após penectomia quando o comprimento funcional do pênis é inadequado para o homem urinar em pé ou ter relações sexuais. O câncer de pênis é uma doença agressiva e mutiladora, que afeta a autoestima, com repercussões psicológicas e funcionais, que dificultam a reabilitação e a reinserção social (Maddineni; Lau; Sangar; 2009; Lee; Christopher; Ralph, 2022; Whyte *et. al.*, 2022; Favorito *et. al.*, 2008, *apud* Silva *et. al,* 2023).

4. DISCUSSÃO

Os aspectos sociodemográficos são marcantes na carcinogênese quando relacionada à neoplasia de pênis, as condições entre países em desenvolvimento e subdesenvolvidos assemelham-se, ainda que com distinções culturais e sociais. Os fatores de riscos apontados pelas associações de saúde corroboram com alguns dos achados estatísticos.

O Maranhão possui uma densidade demográfica de 19,81 hab./ km (quadrado), sendo domiciliado na capital, São Luís, aproximadamente 1 milhão de habitantes. Na capital encontra-se a maior parte dos recursos de saúde do estado, sendo sediado o único hospital oncológico exclusivo do SUS. A dificuldade de acesso a serviços especializados de saúde pode incorrer enquanto um obstáculo na detecção e intervenção precoce do câncer (IBGE, 2010a).

O IDH estabelece critérios múltiplos para seu cálculo de desempenho, e não pode ser dissociado na análise da educação e da renda da população. Ainda que os dados não esclareçam a concentração de renda, a partir do que se foi possível obter, a relação positiva associada à neoplasia e as condições socioeconômicas são fatores relevantes para compreensão das políticas de saúde no diagnóstico e tratamento (Oliveira *et. al.*, 2022).

No que tange ao aspecto educacional, os baixos níveis de escolaridade têm relação com o câncer de pênis em diferentes sociedades e culturas. No entanto, os artigos trazidos nestas referências não aprofundam tais correlações qualitativas entre estas variáveis e as hipóteses. Tal relação ou fatores transversais que mantenham significância entre esses dados são discutidos de forma insuficiente.

Em contrapartida, Nogueira e colaboradores (2021), realizaram uma pesquisa na capital, São Luís, em um hospital oncológico com homens entre 35 e 70 anos, com diagnóstico de

câncer de pênis. Identificou-se que quase a totalidade dos entrevistados cursou apenas o ensino fundamental incompleto, com rendimentos de um salário-mínimo e residentes na zona rural do interior do estado.

Destes, a maioria não tinha informação de saúde sobre câncer de pênis, salvo através de alguns programas de rádio e televisão. O tempo de espera entre o surgimento dos primeiros sintomas e o primeiro atendimento com médico não especialista, em postos de saúde de suas cidades, ultrapassou seis meses. O atraso na consulta com o médico especialista foi maior, tendo ultrapassado mais de um ano em quase todos os casos. Todos os participantes submeteram-se a algum tipo de cirurgia que oscilou entre a amputação parcial ou total e linfadenectomia inguinal.

Os autores identificaram que este percurso dentro do SUS é marcado por não observância da propedêutica médica, em que muitos participantes são considerados examinados sem exame físico adequado, enquanto outros, mesmo tendo sido visualizado o tumor, não houve a suspeita diagnóstica de lesão cancerosa.

Enquanto na abordagem cirúrgica, a informação com relação ao procedimento é apresentada de forma inadequada, reforçando as convenções sociais em torno do órgão genital e suas implicações subjetivas em função da retirada parcial ou total do pênis. O acesso aos serviços de saúde está ligado às intervenções realizadas e seu grau de invasão, denotando, portanto, comprometimentos físicos, sociais e econômicos na vida desses sujeitos.

Corroborando esses achados, uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Norte apresentou dados relevantes. A maioria dos participantes (84,1%) era analfabeta ou tinha ensino fundamental incompleto, e 81,4% foram diagnosticados com câncer de pênis aos 50 anos ou mais, tendo como idade média ao diagnóstico 63 anos, 72,2% dos pacientes eram procedentes do interior do estado, enquanto 27,8% eram procedentes da capital.

Embora o câncer de pênis seja mais frequente na sexta década de vida, neste estudo, 18,5% dos pacientes foram diagnosticados com menos de 50 anos. A ocorrência dessa neoplasia em faixas etárias menores serve de alerta para a importância de sua investigação em pacientes mais jovens com lesões suspeitas (Silva *et. al.*, 2023).

No que tange aos fatores de higiene da população maranhense, não é possível inferir sobre os dados expostos. É unânime nas literaturas que a higiene íntima precária é um dos fatores de predisposição, bem como variáveis que impliquem na dificuldade de manter hábitos de higiene, como a fimose. No entanto, as considerações acerca de higiene se relacionam a fatores educacionais, hábitos culturais e acesso a condições sanitárias adequadas.

Os dados também apresentam a exposição a fatores de risco e o desenvolvimento de câncer de pênis, o comportamento sexual e a transmissão de ISTs são apontadas enquanto algumas das principais causas para a oncogênese, em especial o HPV. A comparação entre os participantes que relatam ter feito uso de preservativos em todas as relações sexuais é baixa, quando avaliado o número de sujeitos que podem ter se exposto em relações íntimas sem uso do preservativo (IBGE, 2019).

As exposições ao HPV podem ocasionar lesões cancerígenas após longos períodos do contato, o que gera uma exposição em cadeia entre os indivíduos, aumentando o número de possíveis contágios. Expondo, assim, não só ao câncer de pênis, mas também a neoplasias do colo uterino (Carvalho *et. al.*, 2020).

Denota-se também como características do comportamento dos homens, a demora em procurar o atendimento e a baixa adesão à prevenção em saúde. Essa postura muitas vezes é suscitada pelo medo, vergonha, padrões de masculinidade e incompreensão dos procedimentos e exames voltados para o público masculino. Acrescido à simbolização cultural do homem enquanto modelo de força e invencibilidade, o que reforça o distanciamento de serviços de saúde (Biondo *et. al.*, 2020; Costa; Lima; Dantas, 2021).

As políticas públicas de saúde são um marco recente entre as conquistas sociais, porém o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda incorre na dificuldade de acessar todos os espaços. O desenvolvimento de medidas de cuidado mantém uma condição intrínseca com outras variáveis, num sistema integrado à reorganização para atingir as três esferas da saúde.

Essas condições, portanto, resultam em diagnósticos tardios, o que define a necessidade de ampliação de campanhas de saúde do homem, para além de atividades pontuais, tais como o "Novembro Azul", que, embora seja uma política pública pertinente, é limitada temporalmente.

O uso de tecnologias leves na construção dos processos de trabalho, construção de fluxos pertinentes à prevenção, diagnóstico e tratamento e a importância nas atividades educativas voltadas à saúde do homem, destacam-se como recursos aliados na luta contra o câncer de pênis, combatendo a falta de conhecimento da população relacionados à doença e o possível despreparo dos profissionais, destacando-se a Atenção Primária à Saúde, na identificação precoce, encaminhamentos e tratamentos adequados.

Até este ponto é possível descrever hipóteses relacionais entre a incidência de câncer de pênis no estado e as características sociodemográficas e comportamentais dos indivíduos. Considerando o que já foi exposto neste artigo, as principais causas do adoecimento oncológico estão nas variáveis ambientais e são reforçadas por condições sociais e educacionais precárias, permeadas por concepções de gênero e sexualidade que favorecem uma correlação sobre o desenvolvimento do câncer.

5. CONCLUSÃO

O câncer de pênis é uma patologia pouco incidente quando comparada a outras neoplasias, que possuem características intrigantes associadas à sua formação. A prevalência de uma afecção rara em um estado federativo com características que satisfazem as descrições clínicas aponta para a intersecção epidemiológica entre saúde, cultura, renda e educação.

As limitações teóricas e metodológicas para construção desse artigo perpassam sobre a análise teórica que paira sobre temas de saúde pública. Durante a pesquisa notou-se que a quantidade de artigos nacionais que abordam os aspectos sociais e políticos relacionados ao câncer de pênis são escassos.

Outro fator a ser elencado são os indicadores sociodemográficos que com dados desatualizados fruto de pesquisas datadas para a maioria de componentes avaliados. A temporalidade dos dados compromete a fidedignidade das informações obtidas, o que permite inferir que a organização política para levantamento de dados populacionais é preditor da avaliação do que se é aqui exposto.

Em conseguinte, as políticas públicas não se constroem em um *locus* isolado, o conjunto de fatores de mútua interação requer a organização sistemática para resolução. Os dados aqui expostos foram alinhados para atingir os objetivos concernentes ao problema de pesquisa, e os autores consideram como resultados promissores o levantamento de novos problemas a serem analisados.

Por certo, na experiência analisada, surge como observação o reforço da prevenção como meio para a detecção precoce, estratégia básica para o controle do câncer pênis. Atividades educativas constantes, persistentes e dinâmicas para os homens, segundo seu padrão de valores, crenças, questões culturais, entre outras variáveis compõem um requisito essencial. Esta medida enquanto promoção da saúde deve priorizar a necessidade de mudanças comportamentais, tanto por parte dos sujeitos, quanto dos serviços de saúde, priorizando a sensibilização para o autocuidado (Siqueira *et. al.*, 2019).

A produção desta pesquisa não utilizou de métodos sistemáticos de literatura, pois o intuito é, a partir de dados estatísticos, elucidar, descrever e hipotetizar as relações entre demografia e o câncer. Estudos posteriores, que utilizem metodologias de caráter exploratório, multicêntricos com *n* significativo, podem ser capazes de fazer fortes ligações entre as lacunas destacadas.

REFERÊNCIAS

[1] BIONDO, C. S.; SANTOS, J. dos; RIBEIRO, S. B.; PASSOS, R. da S; MEIRA, A. P. B. N.; SOARES, C. de J.. **Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família**. Enfermería Actual de Costa Rica, n. 38, p. 32-44, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409- 45682020000100032. Acesso em: 22 de mar.2025.

[2] BONFIM, S. B. A. **Situação da mortalidade por câncer de pênis no estado do Maranhão**. 2017. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/1301/1/SuzanneBonfim.pdf. Acesso em 22 mar. 2025.

[3] COSTA, S. A.; LIMA, T. L. de S.; DANTAS, B. B.; **Mortalidade por neoplasias dos órgãos genitais masculinos: desafios na prevenção e detecção precoce**. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 8 (único): 546-557, 2021. Disponivel em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_42_2021.pdf. Acesso em: 22 mar. 2025.

[4] CARVALHO, N. S. de; SILVA, R. J. de C.; VAL, I. C.; BAZZO, M. L.; SILVEIRA, M. F. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: human papillomavirus (HPV) infection. 2021. **Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical**, 54, e2020790. https://doi.org/10.1590/0037-8682-790-2020. Acesso em 17 jun. 2022.

[5] COSTA, S.; RODRIGUES, R.; BARBOSA, L.; SILVA, J.; BRANDÃO, José Odinilson de Caldas; MEDEIROS, Caroline Sanuzi Quirino de. **Câncer de pênis: epidemiologia e estratégias de prevenção.** Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe, Recife, v. 1, n.2, p. 23-33, 2013. Disponivel em: https://periodicos.set.edu.br/unitsaude/article/view/1197. Acesso em: 17 jun.2022.

[6] FAVORITO L.A, NARDI A.C, RONALSA M, ZEQUI S.C, SAMPAIO F.J, GLINA S. **Epidemiologic study on penile cancer in Brazil**. Int Braz J Urol. 2008;34(5):587–93. Disponível em: doi: 10.1590/s1677-55382008000500007. Acesso em: 17 jun.2022.

[7] GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 6. Ed. – São Paulo : Atlas, 2017. GARG, V.; RAY, M.; HARESH KP; SAHOO, R. K.; SHARMA, A.; KAUSHAL, S.;

[8] BATRA, Atul. **Perfil Clínico e Preditores de Sobrevivência em Pacientes com Carcinoma de Pênis**. Oncologia Atual. 2023; 30(5):4563-4574. https://doi.org/10.3390/curroncol30050345. Acesso em 15 jun. 2022.

[9] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama: população: densidade demográfica**. Maranhão: IBGE, 2010a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama. Acesso em 17 jun. 2022.

[10] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa: Censo: sinopse**. Maranhão: IBGE, 2010b. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/23/27652?detalhes=true. Acesso em 17 jun. 2022.

[11] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisas: Índice de Desenvolvimento Humano**. Maranhão: IBGE, 2010c. Disponível em https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/37/30255. Acesso em 17 jun. 2022.

[12] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA..**Pesquisa: Pesquisa nacional de saúde**. Maranhão: IBGE, 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/47/91392. Acesso em 17 jun. 2022..

[13] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama: Educação**. Maranhão: IBGE, 2021a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama. Acesso em 17 jun. 2022.

[14] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil/ Maranhão. **Panorama: População estimada**. Maranhão: IBGE, 2021b. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama. Acessoem 17 jun. 2022.

[15] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Informações do Registro de Câncer de Base Populacional**. 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/registros/base-populacional. Acesso em 17 jun. 2022.

[16] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O que causa o câncer?**. 2023b. Disponível em:https://www.gov.br/inca/pt- br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/o-que-causa- o-cancer. Acesso em 17 jun. 2022.

[17] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de pênis**.2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/penis#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20p%C3%AAnis%20%C3%A9,nas%20regi%C3%B5es%20Norte%20e%20Nordeste. Acesso em 17 jun. 2022.

[18] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf. Acesso em 17 jun. 2022

[19] LEE W.G, CHRISTOPHER A.N, RALPH D.J. **Phalloplasty following penectomy for penile cancer.** Asian J Urol. 2022;9(4):460–6. doi: 10.1016/j.ajur.2022.05.005. 10. Diaponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9643302/. Acesso em: 17 jun.2022.

[20] MADDINENI S.B, LAU M.M, SANGAR V.K. **Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer.** BMC Urol. 2009;9:8. doi: 10.1186/1471- 2490-9-8. 9. Acesso em: 17 jun.2022.

[21] NOGUEIRA, L. R.; NOGUEIRA, R. M. R.; PACHECO, M. A. B.; MONTEIRO, C. B.;LOYOLA, C. M. D.. **Tamanho é documento: narrativas de homens que sofreram amputação por câncer de pênis**. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, e398101321454, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21454. Acesso em 29 mar. 2025.

[22] OLIVEIRA, J. C. S.; CASTELO, L. M.; SOARES, M. R.; MAGALHÃES, A. S.; EUSTÁQUIO, D. M. C.; NAVARRO-SILVA, J. P.; SOUZA, B. S. N.; GALVÃO, N. D.; ANDRADE, A. C. S. **Incidence and Mortality by the Main Types of Cancer in the City of Cuiabá, Mato Grosso, Between the Years of 2008 and 2016**. 2022. Revista Brasileira De Epidemiologia, 25, e220011. https://doi.org/10.1590/1980-549720220011.supl.1. Acesso em 17 jun. 2022.

[23] SILVA, T. C. L.; XIMENES, É. G. P.; SANTOS, Y. H. S. ; ARAÚJO, R. J. ; MACEDO, E. A. B.; MEDEIROS, K. S.; ARAÚJO-FILHO, I. **Estudo epidemiológico do câncer de pênis em um estado do Nordeste - Brasil.** Rev Col Bras**,** Cir 50:e20233586, 2023. DOI: 10.1590/0100-6991e-20233586. Acesso em 29 mar.

2025.

[24] VIEIRA, C. B.; FEITOZA, L.; PINHO, J. : TEXEIRA-JUNIOR, A.; CALIXTO, J.; COELHO, R.; NOGUEIRA, L.; CUNHA, I.; SOARES, F.; SILVA, G. E. B. **Profile of patients with penile cancer in the region with the highest worldwide incidence**. Sci Rep 10, 2020. https://doi.org/10.1038/s41598-020-59831-5. Acesso em 22 mar. 2025.

[25] WHYTE E.; SUTCLIFFE A.; KEEGAN P.; CLIFFORD T.; MATU J.; SHANNON OM.; GRIFFITHS, A. **Effects of partial penectomy for penile cancer on sexual function: A systematic review.** PloS One.sep 22, 2022;17(9):e0274914. doi: 10.1371/journal.pone.0274914.

Capítulo 4

O impacto das fake news no processo de vacinação pediátrica no Brasil: uma revisão integrativa

Aline Malaquias de Oliveira
Alessandra Porto d'Ávila
Daniela Giotti da Silva
Natália Klauck de Souza

Resumo: **Introdução**: A imunização é um direito adquirido, capaz de impedir a disseminação de doenças pelas comunidades. Sendo fundamental, para a erradicação de várias doenças infectocontagiosas. Entretanto, a sociedade contemporânea "midiatizada e de risco" tem sido bombardeada pelo fenômeno das redes antivacinação, que vem se sobrepondo às campanhas de esclarecimento, tornando difícil a contenção das intervenções sanitárias. este artigo visa analisar qual o impacto das *fake news* no processo de vacinação pediátrica no Brasil. **Método**: Trata-se de uma Revisão Integrativa. Foram utilizados artigos entre os anos de 2016 a 2021, sendo o ano de 2021 o período em que houve uma grande veiculação de notícias envolvendo a vacinação da COVID-19. **Considerações finais**: A desconfiança de fontes de informação tradicionais, como a ciência ou a medicina, levam à recusa sistemática de qualquer afirmação sobre o processo de vacinação. Faz-se necessário o preparo e a educação para saúde de profissionais qualificados, para mobilizarem e propagarem informações verídicas, com embasamento científico e assim desmistificar as informações falsas que saem nas mídias sociais.

Palavras-chave: cobertura vacinal, movimento antivacina, recusa de vacinação.

1. INTRODUÇÃO

A imunização é um direito adquirido, capaz de impedir a disseminação de doenças pelas comunidades, sendo fundamental para a erradicação de várias doenças infectocontagiosas. Em 1990, o governo brasileiro tornou obrigatória a vacinação das crianças e dos adolescentes, o que já tinha sido feito anteriormente para doenças específicas, porém, a partir da Lei 8.069/90, a vacinação tornou-se obrigatória (Bezerra, 2018).

Além do Programa Nacional de Imunizações (PNI), elaborado em 1973, pelo Ministério da Saúde (MS), foram criados diversos programas governamentais de vacinação para facilitar o acesso à imunização (De Carvalho et al., 2018). Diante disso, o MS passou a coordenar as ações de imunização desenvolvidas pela rede pública de saúde brasileira.

Entretanto, a sociedade contemporânea "midiatizada e de risco" tem sido bombardeada pelo fenômeno das redes antivacinação, que vem se sobrepondo às campanhas de esclarecimento, tornando difícil a contenção das intervenções sanitárias (Vasconcelos, 2015).

Na medida em que os riscos oferecidos por doenças controladas pela imunização coletiva desapareceram do horizonte, voltam-se agora aos potenciais efeitos catastróficos associados a novos riscos pela não adesão ao programa. Esse fato pode fazer com que o público em geral alimente dúvidas sobre a segurança e a efetividade da vacina (Nassaralla *et al*. 2019).

Devido à crenças e falta de informações seguras, os brasileiros se expõem ao risco de contaminação e de aumento dos casos de doenças já controladas. Esta falta de informação parte de notícias falsas, comumente denominadas de "*fakes news"*, caracterizadas por uma ação deliberada de enganar pessoas (Souza *et al*, 2021). A ampliação dos canais de veiculação e consumo de informações em saúde coloca, diariamente, obstáculos na tarefa dos profissionais de saúde em educar os sujeitos para prevenir as doenças de forma assertiva. A internet e as redes sociais, canais que aceitam todo caráter de informação sobre saúde, seguem crescendo na mesma proporção em que múltiplas verdades com diversas versões e origens são disponibilizadas (Vasconcelos, 2015).

Diante da problemática derivada da propagação de informações falsas no âmbito da saúde pública, este artigo tem o problema representado pela questão de pesquisa: Qual o impacto das *fake news* no processo de conscientização para a vacinação pediátrica no Brasil?

2. OBJETIVO

Analisar as evidências científicas sobre o impacto das *fake news* no processo de conscientização para a vacinação pediátrica no Brasil.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI). Esse tipo de pesquisa têm se destacado na área da saúde por tratar-se de um estudo que possibilita a busca, a seleção e análise do conhecimento produzido sobre um tema escolhido, além de

possibilitar a compreensão do mesmo em maior profundidade, integrando saberes de diversas disciplinas (Souza; *et al*., 2010).

Para o desenvolvimento dessa RI será utilizado o método de Cooper (1989), que será dividido em cinco etapas: 1) formulação do problema; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise e interpretação dos dados coletados; 5) apresentação dos resultados em quadros sinópticos.

3.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A formulação do problema será apresentada pela questão de pesquisa: Qual o impacto das *fake news* no processo de conscientização para a vacinação pediátrica no Brasil?

3.3. COLETA DE DADOS

A busca por artigos foi realizada na base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para essa busca, empregaram-se os descritores conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operador booleano "AND": "cobertura vacinal" AND "movimento contra vacinação" AND "recusa de vacinação".

Para os critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2016 a 2021, sendo o ano de 2021 o período em que houve uma grande veiculação de notícias envolvendo a vacinação da COVID-19. Outros critérios de inclusão incluem buscas em fontes disponíveis de forma *online*, com resumos e textos completos, publicações nacionais e internacionais que atenderam a questão norteadora, no idioma português, inglês e espanhol. Foram excluídos editoriais, cartas e trabalhos de conclusão de curso.

Durante a pesquisa, foram encontrados 45 artigos em relação ao descritor "cobertura vacinal", 07 artigos relacionados ao descritor "movimento antivacina" e 08 artigos relacionados ao termo "recusa de vacinação". Dos 60 artigos encontrados, 23 estavam de acordo com os critérios pré-estabelecidos de inclusão; Desses 60 artigos, 34 artigos foram excluídos após a leitura do resumo por não apresentarem similaridade com o tema e 03 foram excluídos após a sua leitura na íntegra por não se encaixarem no tema do estudo.

3.4. AVALIAÇÃO DOS DADOS

Para avaliação dos dados, foi realizada uma leitura crítica dos artigos com auxílio de um instrumento validado, que contemplou as seguintes informações: identificação do artigo; intervenção estudada; resultados e conclusões. Esses dados serão apresentados no quadro 01.

3.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram analisados pelas autoras, com base nos resultados da seleção dos artigos, e demonstrados de forma descritiva em um quadro sinóptico, onde foram trazidos: o título, autor, objetivos, resultados e conclusões dos estudos incluídos para responder à questão norteadora.

3.6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EM QUADROS SINÓPTICOS

Segundo Cooper (1989), a apresentação dos resultados é a criação de um documento que descreva a revisão formatada da própria pesquisa. Essa apresentação será demonstrada através de quadros, a fim de facilitar a visualização e a comparação das ideias dos autores sobre o tema estudado. De acordo com estas etapas, os resultados finais foram organizados e apresentados em formato de artigo.

4. RESULTADOS

Após a busca na base dados, foram usados os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos apresentados no quadro a seguir:

Quadro 1 - Análise dos artigos

Título	Delineamento	Resultados	Conclusões
Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde	Pesquisa qualitativa de caráter exploratório	A partir da análise dos resultados, duas categorias empíricas foram consideradas: Imunobiológicos têm potencial risco de morte/sequela e Imunobiológicos são ineficazes	As fake news têm potencial para produzir hesitação vacinal baseado no modelo dos 3Cs. Sendo necessário, portanto, repensar práticas comunicativas em saúde que não subestimem as assimetrias e as iniquidades que caracterizam a desigual sociedade brasileira. Considerando que a enfermagem é a maior força de trabalho nas salas de vacinas, observa-se a necessidade do engajamento desses profissionais como veículo ativo de informações verídicas em imunobiológicos para a população.
Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA	Estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência	Foram criados protocolos para o trabalho em meio a pandemia, houve a organização das UBS para a vacinação, aconteceram momentos de vacinação em domicílio, foram realizados dias de vacinação massiva. Ainda, por meio de programas de rádio e de TV, foi feita educação em saúde acerca da importância da imunização	A experiência fora bem-sucedida ao alcançar seu público, superando barreiras impostas pela pandemia.
Antivacina, fosfoetanolamina e Mineral Miracle Solution (MMS): mapeamento de fake sciences ligadas à saúde no Facebook	Pesquisa qualitativa de observação não-participante	Os resultados apontam para um campo de disputa no qual a autoridade científica é um valor relevante, sendo recorrentemente acionada como signo de convencimento junto ao público	As fake sciences são um campo de disputa que envolvem 1) interesses comerciais em torno da crença em soluções rápidas e alternativas, 2) implicações jurídicas em torno do discurso pelo direito à informação e acesso a esses tratamentos alternativos, 3) sistema de reputação na busca por interseção na formulação de políticas e a alocação de recursos públicos e 4) uma descrença nas instituições epistêmicas, fazendo os sujeitos acreditarem apenas em experiências individuais baseadas no discurso de testemunho.
Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina	Estudo transversal realizado por meio da aplicação de questionários sobre vacinas, recusa vacinal e suas repercussões acerca da saúde pública e individual.	A maioria dos entrevistados possuía carteira de vacinas, mas nem todos receberam a vacina influenza 2015. Conheciam pessoas que recusavam vacinas e/ou recusavam vacinar seus filhos (respectivamente, 54,7 e 43,3% dos estudantes e 59,0 e 41,0% dos médicos). Dos médicos, 48,7% já atenderam pacientes que se recusaram a receber vacinas. Consideram-se causas de recusa vacinal: medo de eventos adversos, razões filosóficas, religiosas e desconhecimento sobre gravidade e frequência das doenças. Aspectos éticos da recusa vacinal e possibilidades legais de exigir vacinas para crianças não são	Alunos de Medicina e médicos não se vacinam adequadamente, apresentam dúvidas sobre calendário vacinal, segurança das vacinas e recusa vacinal. Melhorar sua capacitação é importante estratégia para manter as coberturas vacinais e abordar a recusa vacinal de forma ética.

Quadro 1 - Análise dos artigos (continuação)

Título	Delineamento	Resultados	Conclusões
Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?	Revisão Narrativa	A hesitação vacinal é definida como o atraso em aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde. Esse fenômeno comportamental é bastante complexo em relação a seus determinantes (que envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos), e varia ao longo do tempo, do local e dos tipos de vacinas.	Movimentos anti-vacinas, apesar de antigos, estão se fortalecendo no mundo, com início mais visível em países de alta renda. Entretanto, certamente, o impacto desse sentimento negativo em relação à vacina será mais importante nos países de média e baixa renda, à medida que esses movimentos se fortaleçam.
Cobertura vacinal de influenza em idosos e adultos de alto risco: caracterização dos fatores associados	Estudo transversal, de base populacional, realizado em Rio Grande (RS).	Participaram 680 indivíduos. A prevalência foi de 46,0% (IC95%: 41,8-50,3), variando de 27,9% (idosos) a 81,8% (gestantes). Adultos jovens, solteiros, de nível econômico intermediário, tabagistas, com sintomas depressivos, que não praticavam atividade física e não consultaram um médico no último ano tiveram maior prevalência de não vacinação.	Metade da amostra não foi vacinada no período. Pela semelhança da síndrome gripal com a doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), aumentar a vacinação minimizaria a mortalidade e a utilização de leitos hospitalares devido à influenza, otimizando a resposta da capacidade hospitalar.
Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA	Estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência	Foram realizados dias de vacinação massiva. Ainda, por meio de programas de rádio e de TV, foi feita educação em saúde acerca da importância da imunização.	A experiência fora bem-sucedida ao alcançar seu público, superando barreiras impostas pela pandemia.
Cobertura vacinal da Pentavalente e da Estratégia de Saúde da Família	Estudo de série histórica de dados secundários provenientes de sistemas de gestão nacional de vacinas e da ESF, no período de 2014 a 2018, analisados por estatística descritiva	As regiões brasileiras mantêm a cobertura vacinal da Pentavalente abaixo de 95%, desde 2017. A abrangência da ESF não impactou significativamente no alcance da meta vacinal preconizada.	As baixas coberturas vacinais aumentam o risco de reintrodução de doenças controladas. O acesso aos serviços de saúde precisa ser facilitado e a vacinação priorizada no planejamento das ações da equipe da ESF.
Conhecimento de adolescentes sobre vacinas: uma revisão integrativa	Revisão integrativa que utilizou as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF)	As seis produções científicas analisadas revelaram conhecimento escasso acerca das práticas de imunização e déficit de conhecimento sobre vacinas entre os adolescentes	Nível de conhecimento dos adolescentes sobre vacinas é insatisfatório, representando um fator que pode ocasionar diminuição da cobertura vacinal e aumentar a vulnerabilidade desses indivíduos as doenças imunopreveníveis
Situação vacinal de Meningocócica C e Pneumocócica 10 valente em crianças matriculadas na educação infantil	Pesquisa epidemiológica e retrospectiva de abordagem quantitativa	Para a vacina meningocócica C, 500 (63,75%) crianças apresentaram esquema vacinal completo, 224 (30,64%) esquema vacinal incompleto, 43 (5,61%) não foram imunizadas e 6 (0,78%) falhas de registro. Em relação à vacina pneumocócica 10 valentes, 470 (60,63%)	Crianças estão com o esquema vacinal completo, 273 (36,88%) esquema incompleto, 19 (2,49%) não foram vacinadas e 11 (1,42%) falhas de registro. Os achados apontam uma situação vacinal abaixo da meta estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização
O quotidiano na sala de vacinação: vivências de profissionais de enfermagem	Estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo	A falta de vacina, a informatização, a comunicação e o horário de funcionamento da sala de vacinação interferem no cotidiano e na assistência prestada ao usuário. As ações realizadas na sala de vacinação implicam diretamente na confiança que os usuários têm no profissional	Aspectos inerentes ao professional e à estrutura, organização, apoio e educação permanente influenciam o quotidiano do trabalho seguro na vacinação e nas coberturas vacinais.

Quadro 1 - Análise dos artigos (continuação)

Título	Delineamento	Resultados	Conclusões
Preciso mesmo tomar vacina? Informação e conhecimento de adolescentes sobre as vacinas	Estudo epidemiológico transversal, descritivo	As fontes de informação mais citadas pelos adolescentes sobre infecções transmissíveis e formas de prevenção foram: escola (65,1 %), comunicação de massa (48,4 %) e pai e mãe (29,9 %). Sobre o conhecimento de infecções/doenças imunopreveníveis, 61,5 % dos adolescentes citaram a febre amarela (EA) e 5,6 % o papilomavírus humano (VPH). Além disso, 60,7 % relataram serem vacinados contra a paralisia infantil, 56 % contra a EA e 5 % contra o VPH. A cobertura vacinal média identificada na coleta de dados foi de 45,1 %, aumentando para 91 % após a vacinação.	Evidenciou-se (des)informação dos adolescentes sobre vacinas, doenças transmissíveis e imunopreveníveis e baixa cobertura vacinal (41 %). A comunicação/informação em saúde foram efetivas na decisão dos adolescentes de se vacinarem, aumentando a cobertura vacinal (91%).
Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz	Revisão qualitativa descritiva	Como resultado encontrou-se que a monitoração da cobertura vacinal é um mecanismo importante para avaliar programas de imunização, contudo a literatura mostra que as estimativas fundamentadas em informações administrativas possuem limitações, sobretudo em amplos núcleos da população, pois podem esconder muitas diferenças locais.	Conclui-se que a cobertura vacinal é uma estratégia de saúde que demanda dos profissionais enfermeiros uma assistência qualificada, capaz de controlar doenças imunopreveníveis evitando assim as doenças e a redução da morbimortalidade da população. Os enfermeiros realizam ações que visam atualização do cartão de vacinação, educação em saúde da população e educação permanente da equipe
Adesão à vacinação contra influenza	Estudo quantitativo, transversal	Verificou-se que a adesão foi de 79,1%, sendo significativamente menor nas famílias de crianças com menor média de idade, sendo que 149 crianças tiveram o esquema completo para o ano vigente e 77,8% daquelas que necessitavam da segunda dose foram vacinadas em um serviço de saúde.	Percebeu-se que o enfermeiro tem papel essencial nas ações de promoção da vacinação nos ambientes de educação infantil visando ao aumento da cobertura vacinal e à prevenção de agravos.
Indicadores de cobertura vacinal para classificação de risco de doenças imunopreveníveis	Estudo ecológico descritivo	Utilizou-se a metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, elaborada no ano de 2016, para classificação de risco de doenças imunopreveníveis, e coletaram-se os dados no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações do estado. Descreveram-se as variáveis referentes à situação vacinal das vacinas básicas para os menores de dois anos de idade (cobertura vacinal, taxa de abandono e homogeneidade da cobertura vacinal) e o risco de transmissão de doenças imunopreveníveis	Os municípios analisados têm um enquadramento nas categorias de risco muito alto e alto, além de baixos indicadores de cobertura vacinal, evidenciando que há uma relação inversamente proporcional entre o risco e os indicadores.
A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção	Estudo transversal em interface	Identificou-se baixa cobertura vacinal entre os adolescentes, 45,1%, a vacina contra a febre amarela apresentou a menor cobertura, 64%; quando perguntados sobre quais as doenças e as infecções que acreditavam estar imunizados, prevaleceu as vacinas contra Paralisia Infantil (60,7%), Febre Amarela (56,0%), Tétano (34,0%) e Sarampo (28,6%). Versaram-se intervenções extensionistas com 6.650 pessoas direcionadas à vacinação (2.334 doses administradas) com o intuito de ampliar a cobertura vacinal e a realização de ações educativas (2.839 adolescentes participantes) sobre doenças sexualmente transmissíveis; planejamento familiar; drogas lícitas e ilícitas.	O estudo apresentou impacto positivo pela ampliação da cobertura vacinal e as ações de extensão foram essenciais para o conhecimento sobre os temas propostos.

Quadro 1 - Análise dos artigos (continuação)

Título	Delineamento	Resultados	Conclusões
Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017	Pesquisa transversal de base populacional com amostragem aleatória.	Observou-se que 45,2% das crianças estudadas apresentavam-se com a CV recomendada pelo Ministério da Saúde (MS). Além disto, verificou-se fatores socioeconômicos determinantes de cobertura vacinal e que áreas descobertas de Agentes Comunitários de Saúde apresentaram pior cobertura	O presente estudo revela que é necessário fortalecer as ações que aumentem as coberturas vacinais no município.
Hepatite B e HPV: fatores associados à vacinação dos adolescentes no Município de São Paulo	Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com amostragem probabilística	Para a vacina Hepatite B, a prevalência de vacinados foi de 81,33% (IC95%: 75,88 - 85,78). Cerca de oito em cada 10 adolescentes não vacinados relataram como motivo não ter recebido orientação para se vacinar, e dois em cada 10 vacinados comprovaram a vacinação por meio da apresentação do cartão de vacina. Foram identificados, como fatores associados à vacinação contra a Hepatite B, idade (RP 0,78; IC95%: 0,64 - 0,96), religião (RP 1,25; IC95%: 1,09 - 1,44) e orientação profissional sobre a importância da vacina (RP 1,23; IC95%:1,10 - 1,37). Para a vacina HPV, a prevalência de vacinados foi de 66,71% (IC95%: 60,67 -72,25). Cerca de quatro em cada 10 adolescentes não vacinados relataram como motivo não ter recebido orientação para se vacinar, e dois em cada 10 vacinados comprovaram a vacinação. Foram identificados, como fatores associados, idade (RP 0,38; IC95%: 0,26 - 0,57) e religião (RP 1,36; IC95%: 1,01 - 1,83).	As coberturas das vacinas hepatite B e HPV estão abaixo das metas estabelecidas, pelo Ministério da Saúde, para a população alvo da vacinação (95% para a vacina hepatite B e 80% para a vacina HPV). Conhecer detalhadamente as barreiras contemporâneas à vacinação, empregar estratégias que facilitem o acesso às vacinas, como vacinação nas escolas, comunicação criativa e específica para os adolescentes e para os profissionais sobre a importância das vacinas, são relevantes para a ampliação das coberturas vacinais
Situação vacinal em crianças da educação infantil contra o Rotavírus Humano	Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa	Os resultados expressam que 78,4% dos cartões analisados foram classificados como esquema vacinal completo quando possuíam duas doses da vacina e 11,9% apresentaram esquema vacinal incompleto, quando possuíam apenas uma dose e outros 9,7% classificados como não vacinado quando não apresentaram registro desta vacina.	Conclui-se que houve aumento no número de doses administradas nos últimos anos. No entanto observou-se um número maior de crianças não imunizadas em faixa-etária maiores
Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização	Estudo descritivo abrangendo análise de séries temporais de coberturas vacinais oportunas e atualizadas e de tempo até o evento com 16 coortes de nascimento (1998 a 2013) do Município de Araraquara, São Paulo, Brasil.	As coberturas foram avaliadas para 49.741 crianças nascidas entre 1998 e 2013, período com cinco calendários de vacinação diferentes. As tendências foram estimadas pelo método de regressão linear Prais-Winsten. A cobertura atualizada do esquema completo variou entre 79,5% e 91,3%, aos 12 meses, e entre 75,8% e 86,9%, aos 24 meses. A cobertura oportuna (todas as doses aplicadas na idade recomendada, sem atraso) variou entre 53,3% e 74%, aos 12 meses, e entre 36,7% e 53,8%, aos 24 meses. Houve tendência crescente para a cobertura realizada aos 24 meses. Os atrasos em relação à idade recomendada se acentuam em doses a partir dos seis meses e parecem estar mais relacionados à idade do que ao número de doses do esquema.	A proporção de doses inválidas e atrasadas foi menor do que em outros estudos. Apesar do aumento do número de doses no calendário vacinal, foram alcançadas altas coberturas atualizadas e coberturas oportunas maiores do que as encontradas na literatura nacional e internacional, porém são necessários mais esforços para o aumento da oportunidade. O RII mostrou-se relevante para avaliação e monitoramento de coberturas vacinais, com análises mais acuradas.
Análise da cobertura vacinal contra influenza no estado de minas gerais	Estudo ecológico	O estado de Minas Gerais alcançou a meta mínima de cobertura para os três grupos estudados, porém, a análise por município mostrou que 316 (32%) deles não atingiram a meta para gestante, 17 (2%) para crianças e 41 (4,8%) para idosos. Associações das variáveis de contexto (cobertura da estratégia de saúde da família e porte populacional) com o alcance da meta mínima da cobertura vacinal não foram evidenciadas.	Minas Gerais atingiu a cobertura vacinal contra influenza, contudo percebe-se baixa homogeneidade da cobertura no grupo gestante e crianças.

5. DISCUSSÃO

O PNI constitui um dos mais completos programas de imunização no mundo, além de ter papel determinante na redução e eliminação de doenças no Brasil. As coberturas vacinais aproximadas ou acima da meta para quase todos os imunobiológicos tornaram-se

respostas fundamentais para as estratégias de Saúde Pública, gerando inclusive a erradicação de doenças mortais para a sociedade.

Desde o ano de 2013, o Brasil tem registrado diminuição nas taxas de cobertura vacinal, o que tem sido associado ao surgimento de epidemias recentes, como as de febre amarela e sarampo. O estudo de Frugoli *et al* (2021) apontou a *Internet* como um fator relevante nesse cenário, destacando sua influência como uma barreira à vacinação. Além disso, movimentos e mobilizações contrários às vacinas, organizados em ambientes digitais, têm sido vinculados a uma queda significativa na confiança da sociedade na imunização.

Ainda segundo Frugoli *et al. (*2021), as notícias são veiculadas pelas plataformas sociais (Youtube, Facebook e Whatsapp), mas, principalmente, *websites* de notícias gerais. Muitos deles apenas traduzem as *fake news* de outros países, havendo um aumento da ocorrência a partir do ano de 2016.

Conforme Mizuta et al. (2019), a grande penetração e a facilidade de acesso às mídias sociais têm promovido enorme quantidade de informações sobre segurança (ou insegurança) das vacinas, sua efetividade, eficácia, riscos etc., com base em fundamentação filosófica, política e religiosa. A proliferação dessas informações pode colocar em risco o sucesso das vacinas, sendo o conhecimento e competência do profissional de saúde essencial para esclarecer o assunto e minimizar o risco.

Com a popularização das *fake news*, tornou-se comum encontrar pessoas expressando opiniões sobre o tema, mesmo sem embasamento técnico ou científico. Muitas delas, vindas de diferentes áreas profissionais, fazem julgamentos sobre os benefícios e possíveis riscos das vacinas, chegando até a relacioná-las, de maneira equivocada, ao desenvolvimento de outras doenças como consequência de possíveis eventos adversos.

De acordo com Sato (2018), dentre as justificativas para não vacinar, destacaram-se: baixa percepção do risco da doença, visto que elas já estão controladas; medo de efeitos adversos; questionamentos sobre sua eficácia e formulação e sobre o interesse financeiro da indústria farmacêutica; opção de outras formas de proteção da saúde. Essas informações podem resultar na falta de adesão do processo de vacinação pela "ignorância'', pelo não entendimento dos benefícios e/ou malefícios das vacinas. O que sabemos, é que a falta de adesão fica evidente no momento em que doenças, que até então estavam erradicadas, apresentam aumento do número de casos.

Conforme Júnior (2020), é inquestionável que os avanços na saúde pública obtidos com a vacinação estão ameaçados com a crescente diminuição da cobertura vacinal, como por exemplo, a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o aumento do número de casos de sarampo de 300% nos primeiros meses de 2019.

Assim, mesmo diante das adversidades, faz-se importante criar meios de veiculação, onde as notícias sejam expostas de forma verídica, para que se consiga utilizar meios de atualização de conhecimentos e assim compreender a importância da vacinação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das *fakes news* no movimento antivacina é um tema recente, que ganhou evidência a partir do ano de 2016. É indiscutível a proporção que estas notícias alcançam e influenciam negativamente no processo de vacinação, uma vez que notamos a diminuição da procura por vacinas e aumento nos casos de doenças até então

erradicadas.

A desconfiança de fontes de informação tradicionais, como a ciência ou a medicina, levam à recusa sistemática de qualquer afirmação sobre o processo de vacinação. Além disso, outro fato importante é que os indivíduos também apresentam resistência a se vacinar, por entenderem que a obrigatoriedade da vacina ultrapassa o direito da liberdade sobre o seu corpo.

O maior desafio a ser enfrentado pelas autoridades sanitárias será o controle da informação na internet perante o aumento da influência dos grupos antivacinação no mundo. A maioria das *fake news* que circulam na internet tem relação com a saúde e abordam a vacinação. As circunstâncias denotam a necessidade de investigar, dentre os fatores potencialmente relacionados, à propagação de notícias falsas comumente compartilhadas em redes sociais.

Faz-se necessário o preparo e a educação em saúde de profissionais qualificados, para mobilizarem e propagarem informações verídicas, com embasamento científico e assim desmistificar as informações falsas nas mídias sociais, juntamente com ações governamentais que filtrem e impeçam que este tipo de informação seja disseminada.

REFERÊNCIAS

[1] BEZERRA, A. C. M. Utilização de círculos de cultura sobre vacinas para promoção da educação em saúde dos adolescentes. 2018.

[2] COOPER, H. *Trabalho de casa*. Nova York: Longman, 1989

[3] COSTA, P. et al. Adesão à vacinação contra influenza. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 13, n. 4, p. 1151-1156, abr. 2019.

[4] CUNHA, J. D. S.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. V. R. S. Conhecimento de adolescentes sobre vacinas: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 13, p. 1211-1216, jun. 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9501.

[5] DE CARVALHO, F. L. O. et al. Implantação do sistema de informação do programa nacional de imunizações (SI-PNI). Revista de Saúde ReAGES, v. 1, n. 2, p. 53-65, 2018.

[6] FERREIRA, V. L. R. et al. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 9, e00184317, 6 set. 2018.

[7] FRUGOLI, A. G. et al. Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, e03736, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736>.

[8] JÚNIOR, K. R. C. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na Internet. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, Supl. 2, e00037620, 2020.

[9] LAERTE, T. G. Análise da cobertura vacinal contra influenza no estado de Minas Gerais. Ciência & Enfermagem, v. 23, n. 3, p. 69-75, dez. 2017.

[10] LOPES, V. M. et al. Cobertura vacinal da Pentavalente e da Estratégia de Saúde da Família. Revista de Enfermagem UFSM, v. 11, e16, 2021.

[11] MACIEL, J. A. P. et al. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, e1824, fev. 2019.

[12] MENEGHINI, K. F.; HOOD, C. F.; MENEZES, L. O.; MENDOZA-SASSI, R. A.; DUMITH, S. C. Cobertura vacinal de influenza em idosos e adultos de alto risco: caracterização dos fatores associados. *Einstein (São Paulo)*, v. 19, p. eAO5830, 2021.

[13] MIZUTA, A. H. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. Revista Paulista de Pediatria, v. 37, n. 1, p. 34-40, 2019.

[14] NASSARALLA, A. P. A.; VASCONCELOS, M F. B.; LARA, A. S. Dimensões e consequências do movimento antivacina na realidade brasileira. *Revista Educação em Saúde*, v. 7, supl. 1, p. 120-125, 2019.

[15] NORA, T. T. D. et al. Situação da cobertura vacinal de imunobiológicos no período de 2009-2014. Revista de Enfermagem UFSM, v. 6, n. 4, p. 482-493, out./dez. 2016.

[16] OLIVEIRA, T. M.; MARTINS, R. Q. R.; TOTH, J. P. Antivacina, fosfoetanolamina e Mineral Miracle Solution (MMS): mapeamento de fake sciences ligadas à saúde no Facebook. *RECIIS (Online)*, v. 14, n. 1, p. 91-111, jan.-mar. 2020.

[17] PEREIRA, G. F.; CANTÃO, B. C. G.; BATISTA N., J. B. S.; SILVA, H. R. S.; GOUVEIA, A. O.; MEDEIROS, T. S. P. Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA. *Nursing (Edição Brasileira)*, v. 24, n. 272, p. 5162-5171, jan. 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i272p5162-5171.

[18] SANTANA, J. E. S. Hepatite B e HPV: fatores associados à vacinação dos adolescentes no Município de São Paulo. 2019. 110 p.

[19] SANTOS, S. I. et al. Situação vacinal de Meningocócica C e Pneumocócica 10 valente em crianças matriculadas na educação infantil. Saúde e Pesquisa, v. 13, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2020.

[20] SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? Revista de Saúde Pública, v. 52, p. 96, 2018.

[21] SILVA, A. B. S. et al. Indicadores de cobertura vacinal para classificação de risco de doenças imunopreveníveis. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, v. 32, p. 1-11, 28 mar. 2019.

[22] SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

[23] SOUZA, W. M.; AMBROSIO, A. R.; SANTOS, A. F. Fake news e hesitação vacinal no Brasil durante a pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1871-1880, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n5/1849-1858/en/.

[24] TAUIL, M. C. et al. Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, n. 4, p. 835-846, out./dez. 2017.

[25] TEIXEIRA, V. B.; ABREU, H. S. C.; SILVA, H. C. D. A.; MESSIAS, C. M.; BARBOZA, B. F. S.; SILVA, M. R. B. Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. *Nursing (Edição Brasileira)*, v. 22, n. 251, p. 2862-2867, abr. 2019.

[26] TEIXEIRA, V. B. O quotidiano na sala de vacinação: vivências de profissionais de enfermagem. Av. Enferm, v. 37, n. 2, p. 198-207, mai./ago. 2019.

[27] VASCONSELOS, P. R. A sociedade de risco midiatizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. 2015.

[28] VIEGAS, S. M. F.; PEREIRA, G. P.; PIMENTA, M. A.; LANZA, M. F.; OLIVEIRA, P. P.; OLIVEIRA, V. C. Preciso mesmo tomar vacina? Informação e conhecimento de adolescentes sobre as vacinas. *Avances en Enfermería*, v. 37, n. 2, p. 217-226, 2019. DOI: 10.15446/av.enferm.v37n2.76713.

[29] VIEGAS, S. A. et al. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 351-360, fev. 2019.

[30] WESP, L. H. S. et al. Situação vacinal em crianças da educação infantil contra o Rotavírus Humano. Enfermagem Atual Costa Rica (Online), n. 35, p. 75-84, jul./dez. 2018.

Capítulo 5

A contribuição do princípio da integralidade na consolidação do Sistema Único de Saúde

Maria Fernanda Pereira
Maria Fatima Balestrin

Resumo O trabalho discute o princípio da integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para consolidação dessa política no Brasil. O estudo teve como objetivo geral analisar a importância do princípio da integralidade na consolidação do SUS, evidenciando como esse princípio contribui para a oferta de um cuidado abrangente e humanizado, que integra as dimensões biológicas, sociais e culturais da saúde. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, com base em uma revisão bibliográfica e análise por categorias. Os resultados demonstram que o conceito de saúde evoluiu de uma visão restrita, focada na ausência de doenças, para uma perspectiva mais ampla, que considera os determinantes sociais e as necessidades integrais do indivíduo. Esse avanço foi impulsionado pelas discussões da Reforma Sanitária Brasileira e pela institucionalização do SUS, que estabeleceu a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios norteadores. O estudo destaca ainda os desafios para a implementação prática da integralidade, como a necessidade de superar a fragmentação dos serviços, promover a interdisciplinaridade e fortalecer a participação social. Conclui-se que o princípio da integralidade é essencial para garantir o direito à saúde como um direito de cidadania, reafirmando o papel do SUS como um sistema público e inclusivo. Embora persistam desafios estruturais e culturais, a integralidade se mantém como um objetivo central na construção de um modelo de saúde que atenda de forma plena às demandas da população.

Palavras-chave: Integralidade, Sistema Único de Saúde, Saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

A evolução do conceito de saúde e doença no Brasil reflete mudanças históricas e políticas que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A integralidade, em particular, busca proporcionar um cuidado integral ao indivíduo, considerando suas dimensões biológicas, sociais e culturais, e é essencial para consolidar o SUS como um sistema de saúde público e efetivo.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a atuação do princípio da integralidade na consolidação do SUS, evidenciando como ele contribui para a oferta de um cuidado abrangente e humanizado. O estudo examina os desafios existentes, como a fragmentação dos serviços, que é uma barreira para a plena efetivação desse princípio.

A pesquisa explora a evolução histórica dos conceitos de saúde e doença e as políticas de saúde no Brasil a partir do século XX. Discute a transição dos modelos de saúde, desde as campanhas sanitaristas focadas em doenças infecciosas, até o modelo médico-assistencial privatista, marcado pelo foco em práticas curativas e acesso restrito. Culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que democratizou o acesso à saúde, consolidando-o como um direito universal e estabelecendo um sistema descentralizado e integral.

Nas discussões aponta-se a integralidade como princípio que organiza as práticas e equipes de saúde para oferecer assistência contínua, na busca de garantir um atendimento que considera as múltiplas necessidades dos usuários. Esse princípio também reforça a qualidade e a eficiência dos serviços, destacando-se como um elemento central para um cuidado ético, humanizado e equitativo. Além disso, a integralidade incorpora a participação popular, valorizando o controle social como ferramenta essencial para alinhar as políticas públicas às demandas reais da sociedade, fortalecendo a democratização e a inclusão no sistema de saúde.

2. METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica. Segundo Leite (2008), a pesquisa qualitativa se baseia em pesquisas teóricas e exploratórias documentais. Sua aplicabilidade é especialmente relevante em situações que demandam a caracterização de um determinado fenômeno. A revisão bibliográfica, conforme Marconi e Lakatos (2003), propõem a busca em materiais já publicados, como artigos, dissertações, teses e livros, com o objetivo de coletar, examinar e discutir teorias, conceitos e pesquisas sobre o tema.

A análise dos dados foi a Analise por Categorias, de acordo com Pacca e Villani (1990), consiste na elaboração de categorias com significados específicos, diretamente relacionados à natureza das informações que se deseja obter. Essas categorias foram definidas de acordo com os objetivos da pesquisa, permitindo um aprofundamento na compreensão das informações levantadas e facilitando a organização e interpretação dos dados dentro do contexto estudado.

3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

3.1. SANITARISMO CAMPANHISTA E MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA

A falta de um modelo sanitário no Brasil do final do século XIX e início do século XX, deixava as cidades brasileiras vulneráveis a epidemias. A saúde pública brasileira concentrou-se principalmente na saúde pública de saneamento dos portos, saneamento básico e na criação de condições ambientais e sanitárias que não prejudicassem as exportações (Narvai, 2022). Esse modelo de intervenção sanitária ficou conhecido como "campanhista" e manteve-se hegemônico até os anos 1940 (Paulos Junior; Cordoni Junior, 2006). Caracterizava-se por ações de tipo militar voltadas ao combate de epidemias e endemias.

Esse foi o primeiro modelo de atenção à saúde no Brasil, centrado em ações coletivas por meio de campanhas preventivas, estruturadas de forma militarizada. Teve como figura central o sanitarista Osvaldo Cruz, que atuou em várias frentes, incluindo a criação de soros e vacinas, além de liderar o combate à varíola, febre amarela e peste bubônica. Foi instituído o Código Sanitário que estabelecia ações como a desinfecção de residências, a demolição de locais considerados de riscos à saúde, e o emprego de uma política sanitária com o caráter repressivo da polícia e intensa intervenção do Estado na vida das pessoas durante as campanhas sanitárias., que culminou com a "Revolta da Vacina" (Baptista, 2007).

A atuação repressiva evidenciava medidas coercitivas, como a vacinação obrigatória e a inspeção domiciliar, estratégias para controlar a propagação das doenças. Para Baptista (2007), essa abordagem militarizada e a obrigatoriedade da vacina deram início à Revolta da Vacina no Rio de Janeiro em 1904, marcado por uma série de manifestações populares contra a imposição da vacinação obrigatória contra a varíola pelo governo brasileiro.

Assim, o sanitarismo campanhista é compreendido como um movimento de saúde pública que se constituiu também como uma estratégia de desenvolvimento nacional, voltada para os interesses da economia agroexportadora.

Paralelamente, no contexto de crescente industrialização e urbanização, os trabalhadores brasileiros, influenciados por ideais comunistas e anarquistas trazidos da Europa, começaram a se organizar para reivindicar direitos. Assim, na década de 1920, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que visavam garantir a aposentadoria dos trabalhadores e a provisão de pensões, assistência medica voltada à maternidade e à infância, levando à criação da medicina previdenciária, restrita aos trabalhadores com emprego formal. As CAPs sinalizam o início da transição do modelo sanitarista para o médico-assistencial privatista e representam o embrião da previdência social brasileira (Reis et al., 2012).

Entre 1932 e 1938, as CAPs foram progressivamente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Houve um crescente foco na assistência médica, que passou a ser oferecida tanto por meio de serviços próprios dos institutos quanto por meio da contratação de serviços do setor privado (Reis et al., 2012).

A desigualdade social entre as categorias de trabalhadores crescia, especialmente no que se referia às condições de trabalho. Situação que preocupava os empregadores sobre impactos negativos na produtividade gerando prejuízos, passando, então a integrar os trabalhadores ao sistema de assistência à saúde, oferecendo serviços de atendimento ambulatorial terapêutico e de reabilitação (Bertolozzi; Greco, 1996).

No sanitarismo campanhista o foco das ações era a saúde pública na erradicação de epidemias que pudessem prejudicar a. Com o avanço da industrialização, a saúde passou a ser vista de forma individualizada, visando manter a força de trabalho saudável nas fábricas. Assim, fica evidente que os investimentos em saúde eram diretamente relacionados aos interesses econômicos e, diante da crescente urbanização e do aumento da população operária, tornou-se evidente a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Essa necessidade marcou o surgimento das primeiras empresas de assistência médica vinculadas ao capital. A assistência tornou-se mais onerosa, e os hospitais passaram a assumir um papel central como referência para atendimentos em saúde. Começa a se firmar o modelo médico-assistencial privatista, caracterizado por práticas curativas em detrimento da prevenção, pela centralidade do atendimento hospitalar, do médico e do uso de medicamentos, sustentado pela assistência filantrópica e pela prática da medicina liberal (Paim, 2003).

Durante a ditadura militar, de 1964 a 1985, sob a justificativa de combater o avanço comunista, diversos representantes políticos, estudantis, religiosos e sindicais foram presos, interrompendo movimentos que reivindicavam melhorias nas condições de saúde. Esse contexto de repressão enfraqueceu as demandas sociais por saúde e contribuiu para o agravamento das condições sanitárias no país. Segundo Paim (2003), as camadas mais vulneráveis foram diretamente impactadas com o direcionamento dos recursos pelo governo ao setor privado e operando como mecanismo de acumulação de capital, reforçando a influência do Estado tanto na economia quanto nas dinâmicas sociais e deixando grande parte da população em condições de saúde precárias.

Em 1966, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando um modelo de medicina previdenciária baseado na contratação de serviços de saúde privados. Essa estratégia reforçou um sistema hospitalocêntrico, curativo, que priorizava a aquisição de serviços especializados, negligenciando uma abordagem mais integral de saúde (Reis et al., 2012).

Em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), que incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974. O INAMPS tornou-se o principal órgão responsável pela assistência médica, ampliando o modelo de contratação de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. Assim, cristalizou-se o modelo médico-assistencial privatista, que reduzia a saúde à simples ausência de doenças (Reis et al., 2012).

Nos anos 1980, com o avanço do processo de redemocratização, as discussões sobre saúde passaram a incluir a participação de diversos atores sociais, ampliando o debate para além do âmbito técnico, ganhando relevância as condições de vida da população e as propostas dos governantes para a área, estimulando um amplo diálogo na sociedade civil (Bravo 2006, p. 8).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976, foi uma das várias organizações sociais que surgiram em todo o país na luta pelo direito à saúde. Essa mobilização transcendeu a questão da assistência médica, defendendo o acesso a direitos sociais fundamentais, como moradia, alimentação, trabalho, terra para cultivo, água potável, saneamento e um ambiente saudável, visando uma abordagem integral da saúde. Esse movimento influenciou a 8ª CNS, em 1986, onde o direito à saúde para todos e a implementação do SUS ganharam um amplo apoio e consenso social.

As deliberações da 8ª CNS influenciaram profundamente a legislação que embasa o SUS. As propostas resultantes foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde, incluindo as Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, que estabeleceram a base legal para o funcionamento do SUS. Assim, a 8ª CNS consolidou-se como um divisor de águas no reconhecimento da saúde como um direito de todos e na promoção de políticas públicas orientadas pela universalidade, integralidade e equidade.

3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS foi criado com o propósito de implementar um modelo de atenção à saúde que integre prevenção, tratamento e reabilitação, assegurando a todos os cidadãos o direito à saúde.

O art. 6º da Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito social, inserida no tripé da seguridade social, fazendo parte de um conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social. A partir do art. 196, a saúde é tratada de forma específica, sendo definida como um "direito de todos e dever do Estado", garantido por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doenças e outros agravos, além de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n. 8.080, que regulamenta o funcionamento do SUS. A legislação estabelece as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e a estrutura dos serviços correspondentes. Em 2011, o Decreto n. 7.508 foi aprovado para regulamentar a Lei n. 8.080/90, introduzindo um novo arranjo para a descentralização das ações e serviços de saúde, determinando que a organização dos serviços ocorra em níveis crescentes de complexidade, estruturados em unidades geográficas específicas conhecidas como regiões de saúde.

A Lei n. 8.142/90, por sua vez, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e estabelece as diretrizes para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados à área da saúde.

O SUS adota uma visão ampliada de saúde que engloba a totalidade das experiências humanas. Reconhece a interdependência entre a saúde individual e coletiva, destacando a importância do cuidado contínuo e integral. Nessa perspectiva, o conceito de saúde e o processo saúde-doença-cuidado devem ser entendidos como fenômenos sociais multidimensionais. O "cuidado" extrapola as intervenções médicas convencionais, incorporando ações que promovem a saúde, previnem doenças e oferecem atenção integral, considerando as necessidades específicas e os contextos que se inserem os sujeitos (Narvai, 2022).

A construção dessa perspectiva é viabilizada pelo fato de o SUS ser alicerçado em um conjunto de princípios e diretrizes que asseguram sua operação e organização, de modo a atender às necessidades de saúde de toda a população brasileira. Seus três princípios doutrinários são: universalidade, integralidade e equidade.

O princípio da universalidade garante a todos os cidadãos o direito de acessar os serviços de saúde, sem qualquer distinção de condição social, econômica ou outra característica, reafirmando a saúde como um direito humano fundamental.

O princípio da integralidade destaca a importância de abordar a saúde de maneira abrangente, considerando todas as dimensões da vida humana. Esse princípio exige que o sistema de saúde vá além do tratamento de doenças, englobando ações de promoção e prevenção, com o objetivo de atender de forma completa às necessidades da população.

A equidade, por sua vez, é o princípio que visa diminuir as desigualdades sociais em saúde, direcionando recursos e serviços de forma prioritária àqueles que mais necessitam. Esse conceito reconhece que as pessoas não partem das mesmas condições e, portanto, exige ações diferenciadas para garantir uma efetiva justiça social no acesso à saúde.

Os cinco princípios organizativos do SUS que seguem, definem a maneira como o sistema deve ser estruturado e gerido, assegurando a operacionalização dos princípios doutrinários que orientam sua atuação.

A descentralização é uma diretriz que organiza a distribuição das responsabilidades de gestão e prestação de serviços de saúde entre os níveis federal, estadual e municipal de governo. Essa estrutura possibilita que decisões e ações sejam tomadas mais próximas da população, permitindo maior adequação às especificidades e necessidades locais.

A regionalização, diretamente vinculada à descentralização, organiza o sistema de saúde em redes regionais, permitindo que os serviços sejam oferecidos de forma coordenada e próxima das comunidades. Essa estratégia busca assegurar o acesso adequado a todos os níveis de atenção à saúde, promovendo maior eficiência e equidade no atendimento.

A hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente: atenção primária, secundária e terciária. Essa estrutura visa garantir uma resposta adequada às necessidades dos usuários, promovendo eficiência no uso dos recursos ao encaminhar os pacientes para o nível de atendimento mais apropriado. Dessa forma, evita-se a sobrecarga nos serviços de maior complexidade, assegurando um fluxo mais eficaz no sistema de saúde.

A resolubilidade é outro princípio organizativo fundamental do SUS, que determina que os serviços de saúde oferecidos sejam efetivos na resolução dos problemas de saúde dos usuários. Isso implica que as unidades de saúde devem possuir a capacidade técnica e operacional necessária para atender às demandas de maneira adequada, minimizando encaminhamentos desnecessários e assegurando um atendimento integral e eficiente.

Destaca-se ainda a participação social, diretriz essencial para o funcionamento do SUS, assegurando que a população exerça um papel ativo na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, promove-se uma gestão mais democrática e inclusiva, em que as decisões são orientadas pelas reais necessidades da sociedade, fortalecendo o compromisso com a saúde como direito de todos.

Por fim, o SUS traz a complementaridade do setor privado, que possibilita a integração de serviços de saúde privados ao sistema público de forma complementar, quando este não consegue atender plenamente à demanda. Contudo, deve respeitar o caráter público e universal, atuando como apoio e não como substituto.

A criação do SUS em 1988 visava romper a divisão histórica entre saúde pública e medicina previdenciária, assegurando o direito universal à saúde. O objetivo era estabelecer um novo modelo de intervenção em saúde pública, que se opusesse tanto ao tradicional “campanhismo” quanto ao modelo “liberal-privatista” consolidado pela medicina previdenciária, especialmente por meio do INAMPS. Essa dicotomia entre os

sistemas de saúde, que perdurou ao longo do século XX, foi apenas parcialmente superada com a criação do SUS, marcando uma transformação significativa na saúde no Brasil.

4. A INTEGRALIDADE NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

A integralidade é um dos pilares fundamentais do SUS, destacando a prioridade das ações preventivas sem comprometer os serviços assistenciais (Brasil, 1988). Esse princípio reflete o compromisso de oferecer um cuidado abrangente, considerando as diversas dimensões que influenciam a saúde e promovendo um sistema mais justo e equitativo.

Além de orientar práticas e políticas públicas, a integralidade também se consolidou como uma "imagem-objetivo" para o SUS. Essa imagem representa uma configuração ideal de um sistema de saúde desejável, guiado por valores como o acesso universal, a equidade e a integralidade. Nesse sentido, ela direciona transformações necessárias para superar as desigualdades do sistema e promover um atendimento inclusivo e eficaz (Narvai, 2022).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2010), reforça a importância da integralidade ao propor a ampliação de saberes e a adaptação às diretrizes do SUS. A PNPS defende que as ações de promoção da saúde devem considerar a complexidade e a singularidade dos indivíduos e das coletividades, permitindo o desenvolvimento de processos de trabalho mais articulados e eficazes.

4.1. A INTEGRALIDADE NA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E CIDADANIA

A integralidade, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, envolve dois movimentos essenciais, conforme destaca Pinheiro et al. (2006): (1) a superação de obstáculos que comprometem a efetividade do sistema e (2) a implementação de inovações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde.

O primeiro movimento, a superação de obstáculos, refere-se à eliminação das barreiras que dificultam a implementação do princípio da integralidade, que incluem problemas estruturais, burocráticos e financeiros que comprometem um atendimento abrangente e coordenado, que atenda às necessidades da população.

O segundo movimento, a implementação de inovações nas práticas, envolve novas metodologias, tecnologias e abordagens que aprimorem a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. A inovação, crucial para adaptar os serviços às necessidades emergentes, envolve também a modernização dos processos de trabalho e a colaboração entre os diferentes níveis de gestão do SUS e a sociedade. Mudança fundamental para garantir a integralidade.

Tais movimentos são os pilares da integralidade como meio de concretizar o direito à saúde. Contudo, surgem desafios que refletem a tensão entre políticas econômicas e sociais, especialmente em um contexto de exclusão social e concentração de riqueza. Esses fatores fragilizam a coesão social e ampliam a demanda por serviços públicos de saúde, revelando os desafios estruturais no atendimento às necessidades da população. Pinheiro et al. (2006) observa que, embora o avanço da sociedade capitalista tenha proporcionado inovações tecnológicas, esses progressos não se refletem de forma equitativa nas relações sociais, intensificando desigualdades e discriminação em diversos níveis, como gênero, raça, etnia e idade.

A integralidade, como objetivo na promoção de uma cidadania do cuidado, deve envolver práticas que assegurem um atendimento integral aos usuários do SUS. Segundo Pinheiro et al. (2006), integralidade concretiza-se por meio de um modelo democrático e integrado, sustentado por princípios ético-políticos como transparência e responsabilidade.

Dessa forma, o atendimento vai além das necessidades básicas, visando o pleno desenvolvimento e satisfação dos indivíduos. O conceito de cidadania no cuidado está ligado à ideia de integralidade, pois envolve o reconhecimento de direitos e deveres que garantem a dignidade e o bem-estar dos indivíduos. No contexto da saúde, isso se traduz na garantia de que todos os cidadãos tenham acesso a um atendimento que transcenda o tratamento das doenças, abrangendo todas as necessidades físicas, emocionais e sociais (Seixas et al., 2016).

A integralidade fortalece a cidadania ao incentivar a participação ativa dos indivíduos em seu próprio processo de cuidado. O atendimento integral permite envolver a pessoa no gerenciamento de sua saúde, colaborando com os profissionais para criar planos de cuidado que atendam às suas necessidades específicas, potencializando a eficácia do tratamento.

Além disso, a integralidade desempenha um papel crucial na promoção da justiça social e da equidade no acesso à saúde, contribuindo para superar as desigualdades existentes favorecendo um sistema de saúde inclusivo, conforme os princípios da Constituição Federal de 1988. Essa abordagem é relevante no contexto brasileiro, de grandes desigualdades socioeconômicas, onde o acesso e a qualidade do cuidado podem variar significativamente.

A integralidade, portanto, é entendida não apenas como uma questão técnica, mas também como uma questão de direitos, demandando um compromisso contínuo com a construção de um sistema de saúde inclusivo e acessível para todos.

A integralidade torna-se mais evidente quando as equipes conseguem alcançar resolutividade por meio de discussões contínuas, capacitação constante, aplicação de protocolos e reorganização dos serviços (Pinheiro et al., 2006). Ao adotar uma abordagem integral, assegura-se que a saúde seja tratada como um direito pleno, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados que promovam sua dignidade e bem-estar. Dessa forma, a integralidade reflete a ideia de que o cuidado deve ser compreendido de forma abrangente, integrando todos os aspectos da vida e da saúde dos indivíduos.

4.2. A INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

Para que a integralidade desempenhe um papel efetivo na consolidação do SUS, é crucial organizar os serviços de saúde, destacando o trabalho em equipes multidisciplinares, que atuam nos três níveis de complexidade. A compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença e a implementação de uma prática integral exigem a colaboração de diferentes áreas do conhecimento dentro dos serviços de saúde. Contudo, para proporcionar um atendimento integral, essas equipes precisam avançar para uma abordagem interdisciplinar.

De acordo com Rocha, Bocchi e Juliani (2011), a integralidade pode ser alcançada por meio da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, aspectos cruciais para superar as limitações das abordagens fragmentadas.

A multidisciplinaridade envolve o agrupamento de disciplinas, em que cada uma delas contribui de forma isolada. Embora as disciplinas sejam trabalhadas simultaneamente, não há troca de conhecimentos ou integração entre elas, o que torna essa abordagem pouco eficaz. Japiassu (1976) considera o termo "multidisciplinar" inadequado, pois ele apenas sugere uma justaposição de recursos de várias disciplinas em um trabalho específico, sem implicar a colaboração efetiva e coordenada entre elas.

A interdisciplinaridade, segundo Japiassu (1976), não possui um caráter epistemológico claramente definido, estando aberto a múltiplas interpretações. Essa variedade de significados torna a interdisciplinaridade difícil de conceituar, uma vez que seu papel nem sempre é compreendido de maneira uniforme. Contudo, pode-se afirmar que a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas. O fundamento desse espaço interdisciplinar reside na superação das fronteiras disciplinares e na negação dos limites que as definem, permitindo uma colaboração mais profunda e dinâmica entre os campos do saber, o que exige outras áreas no conhecimento atuando em equipes e não apenas os profissionais da saúde.

Dessa forma, é possível afirmar que o trabalho é verdadeiramente interdisciplinar quando consegue integrar os resultados de diversas especialidades, além de adotar instrumentos e técnicas metodológicas de diferentes disciplinas (Japiassu, 1976).

Para superar essas barreiras, a colaboração interdisciplinar se torna fundamental. Ela desempenha um papel crucial na prestação de cuidados aos usuários, pois a comunicação eficaz e a compreensão mútua entre os membros da equipe são essenciais para o sucesso do atendimento. Além disso, a diversidade de habilidades e conhecimentos presentes nas equipes possibilita uma abordagem mais abrangente e integrada, que não se limita apenas às necessidades médicas, mas também contempla aspectos sociais, psicológicos e outros fatores relevantes para a saúde do paciente (Araújo, 2013).

Minayo (2010, p. 435-442) ressalta que:

> A complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de respostas mais abrangentes e integradas exigem uma abordagem que vá além da colaboração superficial e se aprofunde na combinação efetiva de diferentes perspectivas e práticas. Assim, enquanto as equipes multidisciplinares podem fornecer uma base para a colaboração, a verdadeira efetivação da integralidade exige a profundidade e a coesão proporcionadas pelas equipes interdisciplinares.

Portanto, para superar os bloqueios associados à prática da integralidade, é fundamental adotar e promover a interdisciplinaridade, favorecendo uma integração mais profunda e efetiva dos diferentes saberes e práticas no cuidado à saúde.

A colaboração entre diferentes especialidades e áreas do conhecimento é vista como fundamental para oferecer um atendimento que seja tanto abrangente quanto eficaz. No entanto, apesar da compreensão teórica da integralidade e da interdisciplinaridade, há desafios significativos na prática. Entre as barreiras identificadas estão a falta de comunicação eficaz entre as diversas disciplinas e a dificuldade em coordenar os cuidados de maneira integrada (Linard; Castro; Cruz, 2011).

Como citado no início, além da importância da interdisciplinaridade para alcançar o atendimento integral, a intersetorialidade se configura como outro pilar imprescindível nesse processo.

A análise dos problemas contemporâneos revela que ambas não podem ser compreendidas de forma isolada, pois estão interligados e são interdependentes. Para entendê-las adequadamente, é necessário adotar uma abordagem sistêmica que reconheça a complexidade e a interconexão dos fenômenos. Essa perspectiva amplia a compreensão das noções de pensamento sistêmico, intersetorialidade e rede, fornecendo subsídios para refletir sobre os desafios enfrentados pelo SUS (Junqueira, 2000).

Na visão sistêmica, os objetos não são entendidos de forma isolada, mas sim como partes interligadas dentro de redes maiores, nas quais as relações entre os componentes são essenciais. A realidade é percebida como uma teia dinâmica, composta por concepções e modelos interconectados, em que nenhuma parte é, por si só, fundamental.

Como destaca Junqueira (2000), no pensamento sistêmico, o sistema não é apenas a soma de suas partes, mas uma totalidade que surge das interações entre elas, criando novas potencialidades. Essas relações se retroalimentam, estimulando a expressão da individualidade de cada elemento, ao mesmo tempo em que contribuem para a coesão e a evolução do todo.

A intersetorialidade, por sua vez, "[...] envolve a cooperação entre diferentes setores e políticas públicas, como saúde, educação, assistência social e segurança" (Rocha; Bocchi; Juliani, 2011, p. 123). Esse conceito é essencial para abordar os determinantes sociais da saúde e assegurar que as ações de saúde estejam em sintonia com outras áreas que influenciam o bem-estar dos indivíduos. Ao fomentar a articulação entre diferentes setores, o SUS pode estabelecer uma rede de apoio mais sólida e eficaz, promovendo, assim, a integralidade do cuidado.

Assim, a integração da interdisciplinaridade e da intersetorialidade no SUS não apenas viabiliza a implementação do princípio da integralidade, mas também desempenha um papel crucial na superação das barreiras institucionais e normativas. A colaboração efetiva entre profissionais e setores diversos possibilita uma abordagem mais coesa e centrada nas necessidades dos usuários, o que é fundamental para a plena concretização da integralidade no sistema de saúde (Rocha; Bocchi; Juliani, 2011).

A noção de rede, entendida como um emaranhado de relações nas quais os indivíduos funcionam como nós, implica uma transformação nas concepções sobre organização social. A rede social, nesse contexto, é definida como "[...] o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações, que são construídos ao longo do tempo" (Junqueira, 2000, p. 38).

Essa concepção de rede é fundamental para a análise das políticas sociais e sua gestão, embora ainda haja desafios para incorporar essa visão tanto nas organizações quanto na sociedade. Predomina, ainda, a visão isolada dos indivíduos, que são vistos separadamente, em vez de como parte de múltiplas redes de interações, como familiares, de amizade, de trabalho.

No entanto, essa perspectiva vem mudando com o reconhecimento da importância da análise de rede para compreender a realidade social e sua complexidade. Tal compreensão parte da visão do social como um conjunto de relações de redes, tanto pessoais quanto organizacionais, onde os atores dessas redes são os responsáveis por moldar suas práticas e valores (Junqueira, 2000).

Pinheiro, Ferla e Júnior (2007) discutem como a integralidade pode ser alcançada nos programas de saúde, ressaltando a importância desses conceitos para proporcionar um atendimento completo e contínuo, bem como a integração entre os diferentes níveis de complexidade dentro da política de saúde. Um ponto central destacado pelos autores é que a integração entre os serviços e os níveis de atenção é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e evitar lacunas no atendimento. Quando há uma coordenação eficaz entre os diversos serviços, desde a atenção primária até os especializados, o cuidado ao paciente se torna mais eficiente e integrado.

Os autores também destacam diversos desafios na implementação da integralidade, com ênfase na necessidade de uma maior articulação entre as equipes de saúde e na integração das políticas públicas (Pinheiro, Ferla e Júnior, 2007). Além disso, apontam que a resistência dos profissionais à mudança e a escassez de recursos adequados representam obstáculos significativos para a efetivação dessa abordagem integral.

Portanto, a promoção efetiva da integralidade na assistência à saúde vai além da coordenação dos cuidados, abrangendo também a busca por novas abordagens para promover a saúde e o bem-estar. A colaboração entre diferentes profissionais, bem como a integração das dimensões sociais e políticas, são fundamentais para assegurar que a integralidade seja não apenas alcançada, mas sustentada no SUS.

4.3. A INTEGRALIDADE COMO TRAÇO DA BOA MEDICINA

Como abordado anteriormente, um sistema de saúde integral organiza seus serviços de maneira a oferecer um atendimento que vai além do tratamento das condições de saúde do indivíduo, abrangendo também o contexto em que ele está inserido, incluindo aspectos como condições de vida, situação econômica e o suporte social, reconhecendo a influência desses fatores na saúde e no bem-estar do indivíduo.

Franco, Bueno e Merhy (1999) ressalta que o acolhimento deve ser compreendido como uma relação humanizada e receptiva, a ser cultivada pelos trabalhadores e pelo serviço de saúde como um todo, abrangendo a diversidade de perfis e necessidades dos usuários.

Muitas vezes, o enfoque centrado no indivíduo abstrato encontra-se separado da realidade afetiva e social, diferindo daquele que valoriza a pessoa integrada à vizinhança, ao seu meio de trabalho, à sua região, ao seu universo. A construção de uma visão mais ampla sobre o indivíduo "[...] promoveria mudanças na estrutura social das equipes que atuam no campo da saúde, sem tornar a ciência da saúde menos técnica, mas ampliando a concepção de técnica para uma abordagem mais abrangente" (Junqueira, 2000, p. 40).

Outra questão relevante sobre o cuidado está na relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, impactada pela tecnificação do ato médico. A introdução de tecnologias avançadas na prática médica, aliada à crescente especialização do conhecimento, tem contribuído para o distanciamento entre médico e paciente. Embora essa abordagem ofereça benefícios, como maior precisão nos diagnósticos e tratamentos, além do aprofundamento do conhecimento, ela também promove uma visão fragmentada do cuidado. Nessa perspectiva, o tratamento tende a focar em partes isoladas do corpo ou em aspectos específicos da saúde, negligenciando a consideração do paciente como um todo.

Pinheiro, Ferla e Júnior (2007) destacam que a resistência dos profissionais à mudança é um desafio para a implementação da integralidade nos programas de saúde. Essa

resistência pode ser entendida como um reflexo direto da tecnificação do ato médico, em que práticas altamente especializadas predominam. Profissionais habituados a essa dinâmica enfrentam dificuldades para adotar uma abordagem mais holística, que exige não apenas integração, mas também coordenação entre diferentes áreas do conhecimento e práticas.

Conforme apontam Pinheiro, Ferla e Júnior (2007, p. 4), "[...] a implementação de protocolos claros e a realização de capacitações constantes são essenciais para superar a fragmentação e melhorar a coordenação entre diferentes serviços e profissionais de saúde" Tais iniciativas podem contribuir para integrar o conhecimento especializado a uma perspectiva mais ampla, resgatando uma visão que considera o todo maior que a simples soma de suas partes.

Essa perspectiva ampla e integrada reflete a importância de uma formação profissional generalista, que permite compreender saúde e doença além do aspecto puramente biológico, mas também os diversos determinantes que influenciam o processo de adoecimento, como fatores sociais, emocionais, econômicos, políticos e outros.

A formação generalista, especialmente para o médico que atua diretamente no cuidado cotidiano, com enfoque mais "[...] humanístico e de caráter geral permite ao profissional interagir de forma colaborativa com colegas de diferentes áreas, como enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social, fisioterapia, farmácia e fonoaudiologia, recorrendo a esses saberes para implementar esquemas de ação integrados" (Santos; Cutolo, 2003, p. 71).

O mesmo se aplica aos demais profissionais de saúde, que, com uma abordagem mais integrada, poderão assumir maiores responsabilidades no atendimento à população. Essa mudança contribui para redistribuir a carga de trabalho e diluir a centralização da responsabilidade atualmente atribuída ao médico, frequentemente percebido como a figura principal e o objetivo final do cuidado em saúde pela sociedade.

A integralidade, definida como "[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1980), abrange vários aspectos como: relações, propostas, projetos, formação, financiamento, compromisso, responsabilidades e cuidados, tornando impossível explorar completamente sua complexidade neste espaço de reflexão.

4.4. A INTEGRALIDADE COMO FORMA DE INCORPORAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONDUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A integralidade no SUS está intrinsecamente ligada à participação popular, reconhecendo os cidadãos como sujeitos centrais na formulação e gestão das políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) é um exemplo emblemático desse compromisso. Criado com o objetivo de melhorar a gestão do sistema, o ParticipaSUS promove ações como apoio ao controle social, educação e mobilização popular, monitoramento e avaliação, além de iniciativas de ouvidoria, que funcionam como canais diretos de comunicação entre usuários e gestores (Brasil, 2009).

Costa e Vieira (2013) destacam que a participação social é fundamental para garantir que as políticas públicas sejam reflexo das necessidades reais da população. Conforme dito anteriormente, a Lei n. 8.142/90 regulamenta essa participação por meio da criação de

Conselhos e Conferências de Saúde, instâncias permanentes e deliberativas que articulam a relação entre a sociedade e o Estado. Para integrar esses Conselhos, é necessário ser indicado por entidades representativas da sociedade, como movimentos sociais, associações de moradores e organizações religiosas.

A integralidade transcende a dimensão técnica, constituindo-se em um campo político e social que incorpora as demandas da população. Essa perspectiva, conforme Machado (2024), que aponta a integralidade como um eixo central para a promoção da equidade e da justiça social no SUS, fortalecendo as práticas intersetoriais e a participação ativa da população como forma de construção de políticas públicas inclusivas e sustentáveis.

A assinatura dos decretos n. 11.406 e n. 11.407 reforçou o compromisso com a participação social no SUS. Esses decretos instituíram, respectivamente, o Conselho de Participação Social da Presidência da República e o Sistema de Participação Social. O Conselho, presidido pelo presidente da República, reúne sessenta e oito representantes de movimentos e entidades a cada três meses. Já o Sistema organiza conferências, conselhos, audiências públicas, plataformas digitais e mesas de diálogo, ampliando os espaços de debate.

Além disso, o Brasil consolidou-se como uma referência mundial em participação social na saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, essa posição foi alcançada graças à atuação contínua do SUS em promover a inclusão da sociedade civil nos processos decisórios e de formulação das políticas públicas de saúde. Experiências brasileiras, como a organização de conferências nacionais e os avanços na gestão participativa, têm servido de exemplo para outros países interessados em fortalecer a governança democrática no campo da saúde.

Essas instâncias reforçam o papel da integralidade como um mecanismo que conecta gestores, trabalhadores e usuários, promovendo um cuidado holístico e equitativo. Ao priorizar a participação popular, a integralidade transcende sua dimensão técnica e fortalece os pilares da cidadania ativa e da inclusão social. Assim, a integralidade no SUS materializa um sistema que valoriza e respeita a participação popular como elemento essencial para a construção de políticas públicas mais inclusivas e eficazes.

Neste trabalho, destacamos alguns aspectos centrais relacionados à integralidade, com foco na interação entre os serviços de saúde e a população atendida. A integralidade, concebida como um direito de cidadania e cuidado, é viabilizada por meio de diversos fatores, como a relação médico-paciente, a atuação de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, a intersetorialidade das políticas sociais e a gestão de um sistema de saúde integrado em redes. Esses elementos favorecem a concretização da integralidade, além de abrirem espaço para práticas que promovem a participação ativa dos usuários e o fortalecimento dos vínculos entre eles e os serviços. Assim, a integralidade é alcançada quando os profissionais de saúde interagem efetivamente com os usuários, construindo práticas resolutivas e compartilhadas que atendem às necessidades individuais e coletivas.

5. CONCLUSÃO

O princípio da integralidade desempenha um papel central na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), representando um marco transformador na forma de conceber e organizar o cuidado à saúde no Brasil. Mais do que uma diretriz organizativa, a

integralidade é um valor ético, político e social que orienta a estruturação de um sistema de saúde equitativo, inclusivo e centrado nas necessidades da população.

Desde sua formalização na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade consolidou-se como um dos pilares fundamentais do SUS. Ela busca superar os modelos fragmentados e reducionistas que marcaram historicamente a saúde no Brasil, ampliando a compreensão da saúde para além do aspecto biológico e curativo. Ao considerar as dimensões sociais, econômicas, culturais e psicológicas que influenciam o bem-estar dos indivíduos, a integralidade promove uma abordagem holística e humanizada, que reconhece a saúde como um direito de cidadania.

A importância da integralidade reside em sua capacidade de articular ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde de forma integrada, garantindo um cuidado contínuo e abrangente. Esse princípio rompe com a fragmentação dos serviços de saúde, promovendo uma visão centrada no usuário e adaptada às suas necessidades e contextos específicos. Ao assegurar a coordenação entre os diferentes níveis de atenção – primário, secundário e terciário – e fomentar a interdisciplinaridade, a integralidade fortalece a resolubilidade do SUS, garantindo maior eficácia e qualidade no cuidado prestado.

A participação social e o controle social são fundamentais para a concretização do princípio da integralidade no SUS. Por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, a população pode influenciar as decisões e prioridades das políticas públicas, garantindo que elas sejam condizentes com as necessidades reais dos usuários. Esse processo de participação fortalece a democratização do SUS, promovendo a inclusão de diferentes perspectivas e assegurando que o sistema seja moldado de forma responsiva e inclusiva. Assim, a integralidade ganha força ao se alinhar com a cidadania ativa e a construção coletiva das práticas de saúde, consolidando-se como um instrumento que reflete os valores e interesses da sociedade.

O fortalecimento do SUS depende, em grande medida, da aplicação prática da integralidade, o que exige transformações na organização dos serviços de saúde e na relação entre os diferentes setores. A intersetorialidade e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas são essenciais para integrar saberes e práticas, possibilitando um atendimento coordenado e eficiente. Além disso, a integralidade permite que o SUS avance como uma política pública que não apenas trata doenças, mas também promove saúde e bem-estar, enfrentando desigualdades históricas e regionais.

Apesar de sua relevância, a implementação da integralidade no SUS enfrenta desafios significativos, como a escassez de recursos financeiros e humanos, a desigualdade no acesso aos serviços e a resistência a mudanças nos modelos de trabalho. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de políticas públicas comprometidas com a equidade e o fortalecimento das políticas sociais universais. A integralidade, nesse sentido, torna-se um instrumento estratégico para consolidar o SUS como um sistema que valoriza a dignidade, os direitos e os projetos de vida de cada cidadão.

Ao reafirmar o papel do SUS como uma política social universal ancorada na equidade e na justiça social, a integralidade destaca-se como uma ferramenta essencial para a redução das desigualdades e a construção de uma sociedade mais justa. Ela promove a cidadania ativa, reconhecendo o cuidado como uma relação humanizada e respeitosa que vai além do tratamento médico, valorizando as necessidades, contextos e experiências individuais.

Portanto, a integralidade é crucial para a consolidação do SUS, pois reflete os valores que sustentam o sistema de saúde brasileiro e orienta sua evolução para atender às demandas de uma sociedade democrática e inclusiva. Sua implementação requer esforços conjuntos de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, comprometidos em construir um sistema público que transcenda o tratamento de doenças para promover vidas saudáveis e plenas. Ao manter a integralidade como um objetivo central, o SUS se consolida como um modelo de cuidado que busca justiça social, inclusão e respeito às necessidades de cada cidadão.

REFERENCIAS

[1] ARAÚJO, P. C. **Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família**. 2013. Orientadora: Alda Lacerda Maria da Costa. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:< https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15863>. Acesso em: 02 ago. 2024.

[2] BAPTISTA, T. W de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**, p. 29-60. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:< http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf>. Acesso em: 01 out. 2024.

[3] BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, p. 380-398. São Paulo, 1996. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nvBCWN369CLGJPQzB6k9HyL/>. Acesso em: 29 ago. 2024.

[4] BERTI, V. P. **Interdisciplinaridade: um conceito polissêmico**. Orientador: Carmen Fernandez. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: < https://doi.org/10.11606/D.81.2007.tde-07052013-145350>. Acesso em: 29 ago. 2024.

[5] BRASIL. **Decreto n. 11.407**, Brasília, DF, 2023. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11407.htm>. Acesso em: 25 ago. 2024.

[6] BRASIL. **Decreto n. 7.508**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < https://legis.senado.leg.br/norma/412353>. Acesso em: 25 ago. 2024.

[7] BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Cronologia Histórica Da Saúde Pública**. Brasília, DF, 2017.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 3. Ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 01 out. 2024.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília, DF, 2009. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2024.

[10] BRASIL. **Lei n. 8.080**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2024.

[11] BRASIL. **Lei n. 8.142**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 ago. 2024.

[12] BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 ago. 2024.

[13] BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em:< https://drive.google.com/file/d/1xRhXFtZCHSJ840k22FslXO9w-E7hMOJz/view>. Acesso em: 01 jun.

2024.

[14] COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**, vol. 3, p. 237-271. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em:< https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/61.pdf>. Acesso em: 04 set. 2024.

[15] FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em:< https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.

[16] JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976.

[17] JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em:<https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6346. Acesso em: 01 set. 2024.

[18] LEITE, F. T. **Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações**. São Paulo: Ideias & Letras, 2008.

[19] LINARD, A. G.; CASTRO, M; M. de; CRUZ, A. K. L. da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 546-553. Porto Alegre, 2011. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vGvS8QRX9MHQdT4kQSpPCgK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2024.

[20] MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

[21] MINAYO, M. C. de S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442. Ponta Grossa, 2010. Disponível em:< file:///Users/mariafernanda/Downloads/Dialnet-DisciplinaridadeInterdisciplinaridadeEComplexidade-3628985.pdf>. Acesso em: 09 ago. 24.

[22] NARVAI, P. C. **SUS**: Uma reforma revolucionária. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2022.

[23] PACCA, J. L. VILLANI, Alberto. Categorias de análise nas pesquisas sobre conceitos alternativos. **Revista de Ensino de Física**, v. 12, p. 123-38. São Paulo, 1990.

[24] PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia da Saúde.** 6 ed. cap. 20, p. 587-601. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Disponível em:< https://ria.ufrn.br/jspui/handle/1/184>. Acesso em: 22 jun. 2024.

[25] PAULUS JÚNIOR, A; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19. Londrina 2006. Disponível em:< https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf>. Acesso em 24 set. 2024.

[26] PINHEIRO, R. et al. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.12, n. 2, p. 343-349. Rio de Janeiro, 2006.

[27] PINHEIRO, R. FERLA, A; JÚNIOR, A. G. da S.. A integralidade na atenção à saúde da população. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004.

[28] REIS, D. O et al. Políticas públicas de saúde: **Sistema Único de Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família. São Paulo: UNIFESP, 2012.

[29] ROCHA, A. A; BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Utopia? **Revista Internacional Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 120-132. Santa Catarina: 2011. Disponível em:file:///Users/mariafernanda/Downloads/Dialnet-OPrincipioDaIntegralidadeNoSistemaUnicoDeSaudeSUSU-5175629.pdf. Acesso em: 14 mai. 2024.

[30] SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74. Santa Catarina: 2003. Disponível em: https://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/153.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

[31] SEIXAS, C. T. et al. Integralidade na perspectiva da assistência à saúde: uma experiência do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Saúde coletiva**, v. 12, p. 113-123, 2016. Disponível em:<https://doi.org/10.18294/sc.2016.874. Acesso em: 10 out. 2024.

Capítulo 6

Extensão universitária: infecções sexualmente transmissíveis em idosos - proposta de ensaio comunitário

Luciclaudio da Silva Barbosa
Ana Karine Laranjeira de Sá

Resumo: O presente programa consiste em validar um programa para ser desenvolvido pelos alunos do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) direcionado a população idosa da cidade de Pesqueira, agreste do estado de Pernambuco. **Objetivo**: Validar um programa de extensão para abordar lacunas na educação em saúde para a população idosa, com foco em HIV/AIDS, HPV, Sífilis, Gonorreia e Herpes genital. Por meio de intervenções educativas adaptadas, busca-se conscientizar os idosos sobre os riscos e formas de prevenção das ISTs, além de capacitar estudantes do curso de Bacharelado em Enfermagem, integrando teoria e prática. **Metodologia**: A metodologia baseia-se em um ensaio comunitário, envolvendo coleta de dados sociodemográficos e aplicação de questionários validados antes e depois das intervenções. As atividades incluíram oficinas práticas, dramatizações e sessões temáticas interativas em Unidades Básicas de Saúde (UBSFs) e comunidades Quilombolas. Os estudantes voluntários integrados a esse programa, participaram ativamente do planejamento, execução e avaliação, adquirindo competências essenciais para sua formação profissional. **Resultados**: Os resultados indicam aumento significativo no conhecimento dos idosos sobre prevenção e tratamento de ISTs, além de redução de crenças equivocadas. Os estudantes relataram avanços em habilidades técnicas e interpessoais, enquanto os idosos demonstraram maior empoderamento na gestão de sua saúde. **Conclusão**: Conclui-se que o programa promove impacto social e acadêmico relevante, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população idosa e a formação de futuros profissionais de saúde. A expansão e continuidade da iniciativa são recomendadas para consolidá-la como referência em extensão universitária.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis, Educação em Saúde, Idosos, Prevenção, Intervenções educativas.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil é um fenômeno em expansão, conforme apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que registrou um aumento significativo no número de pessoas com 60 anos ou mais. Esta transição demográfica traz à tona uma série de desafios relacionados à saúde pública, entre os quais se destaca a vulnerabilidade da população idosa às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Estudos recentes indicam que a negligência sobre a sexualidade na terceira idade, associada a preconceitos e estigmas, resulta em baixos índices de prevenção e diagnóstico tardio de ISTs como HIV/AIDS, HPV, Sífilis, Gonorreia e Herpes Genital (Makus; Almeida 2022).

No âmbito do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira, o programa de extensão universitária "Promoção da Saúde e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Idosos" consiste em um programa estruturado para enfrentar essas lacunas por meio de intervenções educativas que visam não apenas conscientizar os idosos sobre os riscos das ISTs, mas também capacitar estudantes do curso de Bacharelado em Enfermagem. O programa integra teoria e prática, destacando-se pela abordagem inclusiva e contextualizada, adaptada às especificidades culturais, sociais e cognitivas dos participantes. Entre os principais resultados das atividades realizadas até o momento, destacam-se a redução de crenças equivocadas e o aumento do conhecimento sobre prevenção de ISTs. No caso das ISTs mais destacadas na região como HIV/AIDS, Herpes, Sífilis, HPV e Gonorreia, os dados coletados por instrumentos validados e por meio da Escala Likert antes e depois das intervenções educativas mostraram uma melhoria significativa na compreensão dos participantes sobre formas de transmissão e métodos de prevenção. Em relação a dinâmica das ISTs, o programa demonstrou ser eficaz em combater mitos como as formas de transmissão dessas doenças e destacar a importância do diagnóstico precoce para recorrer ao conhecimento e tratamento específico. Da mesma forma, as sessões de educação em saúde contribuíram para ampliar o entendimento dos idosos as doenças, enfatizando a necessidade de prevenção e adesão ao tratamento.

O projeto para validar um programa, também evidenciou desafios importantes. Entre eles, a resistência inicial dos idosos em discutir temas relacionados à sexualidade e a infraestrutura limitada das UBSFs para atender às demandas de diagnóstico e tratamento. Apesar disso, a parceria com as UBSFs, Secretaria de Saúde da cidade de Pesqueira que deram total apoio e a utilização de dinâmicas interativas como teatro educativo e oficinas práticas permitiram superar parte dessas barreiras. Os estudantes de enfermagem de forma voluntária tiveram participação ativa no desenvolvimento e execução das atividades, adquirindo competências cruciais para sua formação acadêmica e profissional, como comunicação interpessoal, planejamento de intervenções e resolução de problemas em contextos reais. A relevância acadêmica do programa está diretamente ligada à sua capacidade de promover uma articulação efetiva entre extensão, ensino e pesquisa.

Os dados coletados durante as atividades servem como base para publicações científicas e aprimoramento das práticas pedagógicas, enquanto as experiências vivenciadas pelos estudantes geram reflexões profundas sobre o papel da enfermagem na promoção da saúde comunitária. Ademais, o impacto social do programa é evidente nas transformações observadas nas comunidades atendidas, onde os idosos demonstram maior empoderamento para cuidar de sua saúde e compartilhar informações adquiridas. A literatura reforça que programas como este têm o potencial de alterar paradigmas sobre envelhecimento e sexualidade, promovendo um envelhecimento mais informado e

seguro. Nesse sentido, iniciativas de extensão universitária como a do IFPE são essenciais para garantir que a população idosa tenha acesso à educação em saúde, ao mesmo tempo que fortalecem a formação de futuros profissionais da área.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada no projeto segue o modelo de um ensaio comunitário, caracterizado por intervenções educacionais realizadas em um contexto real com foco na promoção de saúde. O estudo foi efetuado na cidade de Pesqueira em Pernambuco, pelo Instituto federal de educação, ciência e tecnologia de Pernambuco-IFPE. A população de pesqueira em 2024 tem uma estimativa de 62.722 habitantes, dos quais 9.780 são idosos, de acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população analisada foi idosa que possuem idade de 60 anos ou mais e que estavam cadastrados nas unidades básicas de saúde incluídas no estudo, a ação foi realizada no período de março a novembro de 2024. A coleta dos dados foi realizada em seis unidades básicas de saúde localizadas no município de Pesqueira, as quais são, Centenário I, Centenário II, Portal, Vila Anápolis, CAIC, Mimoso e centro de convivência da pessoa idosa (CCPI). A coleta utilizou três instrumentos validados da pesquisa. O processo procedimental desenvolveu-se inicialmente pela aplicação do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), para a confirmação de consentimento à ação, através da coleta das assinaturas dos entrevistados. A seleção desses locais considerou sua relevância epidemiológica e a carência de iniciativas voltadas à saúde sexual da população idosa.

A equipe do IFPE foi composta por estudantes do curso de Bacharelado em Enfermagem, sob uma supervisão específica dos colaboradores para a realização desse programa com diferentes níveis de experiência acadêmica. Os extensionistas participaram ativamente de todas as etapas, incluindo planejamento, execução e avaliação das ações.

A abordagem metodológica incluiu três etapas principais:

- Planejamento e Revisão Bibliográfica: Essa etapa inicial envolve uma ampla revisão de literatura para embasar teoricamente o programa. Serão coletadas informações sobre a sífilis, com foco em dados epidemiológicos, aspectos clínicos e estratégias de prevenção e tratamento, especialmente voltadas para a população idosa. Além disso, serão desenvolvidos materiais educativos acessíveis e específicos, considerando as características dessa faixa etária, como linguagem simples e design visual atrativo. (Neto et al., 2015).
- Intervenção e coleta de dados: As ações serão realizadas em centros de convivência e unidades de saúde previamente selecionados. Serão organizadas palestras e oficinas interativas, onde os participantes terão a oportunidade de discutir e esclarecer dúvidas sobre saúde sexual e as principais ISTs. Questionários estruturados serão aplicados antes e após as intervenções para avaliar o impacto da atividade, medindo o conhecimento prévio e a assimilação de informações. A coleta de dados sociodemográficos incluiu variáveis como idade, gênero, escolaridade, estado civil e hábitos de vida, permitindo traçar o perfil dos participantes e suas demandas específicas. A análise de impacto foi baseada em escalas Likert (Likert, 1932), mensurando o nível de conhecimento antes e após as intervenções.
- Análise e Avaliação: Os dados coletados e analisados quantitativa e qualitativamente para mensurar os resultados da intervenção. A análise incluiu a

identificação de mudanças no nível de conhecimento e a percepção dos idosos sobre o tema, além de demandas específicas que possam orientar futuras ações. As atividades ocorreram em unidades básicas de saúde, centros de convivência e na comunidade Negros do Osso, caracterizado de acordo com planejamento que respeitou o ritmo e as necessidades específicas dos idosos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa coincidem com os dados do Ministério da Saúde (2023), que indicam um aumento nas subnotificações de ISTs em idosos, especialmente em regiões menos urbanizadas. A desproporção entre os dados epidemiológicos gerais de Pernambuco e os casos notificados na cidade de Pesqueira é notável. Segundo o Ministério da Saúde (2023) A baixa notificação em Pesqueira pode refletir uma combinação de fatores como o estigma social em torno da sexualidade na terceira idade, a falta de acesso aos serviços de saúde adequados e a escassez de campanhas de prevenção direcionadas a esse grupo etário. Atualmente, são escassos os dados sobre o índice de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) especificamente na população acima de 60 anos. Portanto, tem-se a necessidade de capacitar os profissionais, ajudando-os a inserir abordagem da história sexual nas visitas de rotina aos serviços de saúde. Isso visa aumentar a autopercepção de risco e a necessidade de adotar comportamentos sexuais seguros, pois existem barreiras por parte dos profissionais, que consideram o sexo uma das atividades exclusiva de jovens.

Portanto, as ações contribuíram imensamente tanto para a formação acadêmica dos discentes envolvidos, que tiveram a oportunidade de atuar diretamente com a população idosa, quanto para a própria população atendida. Para os discentes, a experiência prática possibilitou a compreensão de como abordar esse público, evidenciando a escassez de ações educativas em saúde voltadas para os idosos e a percepção das vulnerabilidades enfrentadas por essa população.

Para os idosos, as atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram essenciais para promover a conscientização sobre a importância de discutir as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), desmistificando o tema. Além disso, foram abordados aspectos como a manifestação de cada tipo de doença, formas de prevenção e a ampliação da compreensão sobre as ISTs, contribuindo para o aumento do conhecimento e a promoção da saúde entre os idosos.

Reconhecendo assim, que os projetos de extensão na graduação em Enfermagem ampliam o aprendizado teórico, desenvolvem competências técnicas, habilidades interpessoais e um senso crítico voltado para os determinantes sociais da saúde, além de estimular o compromisso ético e a responsabilidade social. Com a curricularização da extensão, essas atividades passam a fazer parte obrigatória do currículo, promovendo uma formação mais completa e conectada com a realidade. Isso fortalece a aproximação entre a teoria e a prática, valoriza o aprendizado ativo e interdisciplinar e prepara nós futuros enfermeiros para atuar de forma humanizada, técnica e socialmente engajada.

4. CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar e analisar o perfil sociodemográfico, bem como o conhecimento dos idosos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis. A partir das

amostras coletadas, foi possível identificar as lacunas existentes sobre o nível de informações que a população envolvida possui sobre os sinais e sintomas, prevenção e tratamento das ISTs. Portanto, é notória a importância do trabalho e pesquisa acadêmica como forma de extensão universitária, pois as intervenções educativas realizadas possibilitaram levar conhecimento aos idosos através da explanação do conteúdo e de rodas de conversas, além da entrega de material educativo e momentos de interação para sanar dúvidas. Concluindo-se assim que os momentos foram essenciais para a promoção da saúde da população idosa o que poderá proporcionar um envelhecimento saudável além de uma melhor qualidade de vida para eles, além de reduzir as chances de contaminação deles, já que foi trabalhado que a prevenção é o melhor método de evitar o adoecimento.

Além de que a partir das intervenções realizadas pode-se desmistificar a temática, e dessa forma, quebrar barreira históricas construídas sobre o adoecimento nos idosos, o que infelizmente acaba deixando a população idosa mais exposta e vulnerável a contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis por causa da falta de informações sobre a temática. Ademais, mediante a utilização dos questionários aplicados antes e após a intervenção, foi possível observar um aumento considerável no conhecimento dos idoso acerca de sinais, sintomas e métodos preventivos das ISTs. Desta forma, além dos conhecimentos adquiridos, espera-se que os idosos atuem como multiplicadores de informações em suas comunidades. Como forma de Perspectivas Futuras para garantir a sustentabilidade e expansão do impacto do programa, sugere-se:

Ampliar as Campanhas Educativas - Desenvolver materiais didáticos que considerem as especificidades regionais e linguísticas dos idosos.

Capacitar Profissionais de Saúde - Treinar agentes comunitários e equipes das UBSFs para darem continuidade às ações educativas.

Integrar Políticas Públicas - Incorporar os resultados do programa em estratégias de saúde pública para populações idosas.

Com essas medidas, o programa pode se consolidar como referência nacional em extensão universitária, contribuindo para a construção de uma sociedade mais inclusiva e saudável.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA LFF, Gomes IS, Salgado SML, De Freitas EL, Almeida RWDS, Oliveira WC, et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento - A experiência do projeto "Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG". Revista ELO – Diálogos em Extensão. 2015;3(2)

[2] CASSÉTTE, J. B. et al. HIV/AIDS among the elderly: stigmas in healthcare work and training. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 733–744, out. 2016

[3] GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7th edn, Atlas, São Paulo, 2019. LIVRO.

[4] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Panorama das cidades: Pesqueira. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/pesqueira/panorama

[5] NETO J, Dornelas, Nakamura AS, Cortez LER, Yamaguchi MU. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva [Internet]. dezembro de 2015 [citado 15 de março de 2024];20(12):3853–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203853&lng=pt&tlng=pt

[6] MAKUS, G. A.; ALMEIDA, D. M. Conhecimento dos idosos sobre as infecções sexualmente transmissíveis na estratégia de saúde da família num município do Paraná-Brasil. Brazilian Journal of

Health Review, Curitiba, v.5, n.2, p.5280-5292 mar./apr., 2022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/45605/pdf/114009.

[7] OMS. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Ano. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf.

[8] PENNA, Gerson Oliveira; HAJJAR, Ludhmila Abrahão; BRAZ, Tatiana Magalhães. Gonorréia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 33, p. 451-464, 2000.

[9] SANTOS, M. da C. Q. dos. et al. Desmistificando os paradigmas da sexualidade na terceira idade: desafios e possibilidades. **Especial**, 23, p139-155, 2017.

Capítulo 7

No epicentro da crise: como o medo da Covid-19 afetou o sono e a saúde mental de pacientes diagnosticados com insônia em um hospital psiquiátrico brasileiro

Felipe Alckmin-Carvalho
Guilherme Welter Wendt
Iara do Nascimento Teixeira
António de Pádua Jesue Oliveira
Henrique Pereira

Resumo: **Contexto**: A avaliação das associações entre o medo da COVID-19 e a psicopatologia em amostras clínicas pode fornecer informações valiosas para a formulação de políticas de saúde pública e para o treinamento de profissionais de saúde mental em futuras grandes crises de saúde. Os objetivos do nosso estudo foram avaliar os seguintes aspectos entre pacientes diagnosticados com transtorno de insônia durante o período mais crítico da pandemia da COVID-19 no Brasil: (a) a frequência de sintomas de depressão e ansiedade, medo da COVID-19 e gravidade da insônia; (b) possíveis diferenças de gênero nas variáveis analisadas; e (c) associações entre medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade, gravidade da insônia e variáveis sociodemográficas. **Método**: Um total de 353 indivíduos que procuraram tratamento em um hospital psiquiátrico do sistema público de saúde brasileiro e foram diagnosticados com transtorno de insônia (DSM-5) participaram. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade, Índice de Gravidade da Insônia, Escala de Medo da COVID-19 e um questionário sociodemográfico. As avaliações foram realizadas por meio da plataforma REDCap entre março e julho de 2021. **Resultados**: Níveis leves a moderados de medo da COVID-19 foram identificados na maioria dos participantes. Os sintomas de depressão, ansiedade e insônia foram observados em um nível moderado. Embora todos os escores tenham sido mais altos entre as mulheres, apenas o medo da COVID-19 apresentou diferenças significativas entre os grupos. O medo da COVID-19 foi positivamente correlacionado com os sintomas de depressão e ansiedade e com a gravidade da insônia. Os escores de ansiedade tiveram um efeito positivo e estatisticamente significativo na gravidade da insônia e no medo da COVID-19. Ser homem e praticar atividade física teve um efeito negativo e estatisticamente significativo sobre o medo da COVID-19. **Conclusões**: Ser mulher, ser sedentária e ter sintomas de ansiedade foram preditores do medo da COVID-19 entre os participantes com transtorno de insônia. Esse achado destaca a importância de políticas de saúde pública sensíveis ao gênero para o atendimento de pacientes com insônia durante futuras grandes crises de saúde. As associações entre sintomas de ansiedade e medo da COVID-19 e a gravidade da insônia verificadas em nosso estudo sugerem a relevância de abordar os sintomas de ansiedade por meio do incentivo à atividade física para atenuar a gravidade da insônia e o medo de patógenos em pacientes com insônia.

Palavras-chave: medo da COVID-19, psicopatologias, insônia, sofrimento psicológico.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 começou em dezembro de 2019, mas os primeiros casos só apareceram no Brasil em fevereiro de 2020 (Prado, 2020), e as primeiras mortes ocorreram em março de 2020 (Prado, 2020). O perfil epidemiológico da pandemia no Brasil foi bastante diferente, tanto em termos de incidência da infecção quanto do número de mortes diárias, que em muitos meses foi o mais alto do mundo (Siqueira et al., 2023). Sabe-se hoje que a pandemia afetou desproporcionalmente o Brasil, e entre os fatores que contribuíram para a gravidade da crise estão a negação do governo federal sobre a existência e a gravidade da infecção por COVID-19, o atraso na aquisição de vacinas, a disseminação de informações falsas sobre a vacinação, hesitação em vacinar e a má gestão dos recursos públicos para lidar com a pandemia, bem como a falta de coordenação entre os governos federal, estadual e municipal na implementação de políticas para restringir o contato social e impor lockdowns durante os períodos mais críticos (Prado, 2020; Siqueira et al., 2023; Ferrari, 2021; Galhardi et al., 2022; Ventura; Perrone-Moisés; Martin-Chenut, 2021).

Todos esses fatores contribuíram para o surgimento e a disseminação de variantes mais infecciosas e mais virulentas do coronavírus, resultando em um aumento significativo no número de casos, excedendo a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado. Essa situação culminou em um número alarmante de mortes (Siqueira et al., 2023; Guimarães; Oliveira; Dutra, 2022). Em 2021, ano de maior mortalidade por COVID-19 no país, 423.470 pessoas perderam suas vidas, sendo que o maior número de óbitos ocorreu entre os meses de março e julho (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2023).

A crise sanitária, com suas restrições e riscos, combinada com a ineficácia do governo federal em combatê-la e a crise econômica subjacente, teve um impacto profundo na saúde mental dos brasileiros, com uma parte considerável da população apresentando algum nível de sofrimento psíquico, condição caracterizada por um estado de sofrimento emocional, com a presença de sintomas depressivos (por exemplo, perda de interesse; infelicidade; desespero) e de ansiedade (por exemplo, inquietação; sensação de tensão) (Campos et al., 2020). A pandemia da COVID-19 afetou pessoas de todas as idades, desde crianças e adolescentes, privados de frequentar a escola e de interações sociais presenciais, que são essenciais para seu desenvolvimento neurológico e psicomotor, até adultos e idosos, particularmente aqueles pertencentes aos grupos de risco da COVID-19 (Pereira; Ferreira; Firmino, 2022; Ramos; Cerqueira-Santos; Machado, 2022; Vazquez et al., 2022). Estudos nacionais mostraram um aumento na incidência de problemas de saúde mental em indivíduos previamente saudáveis, bem como uma piora nos sinais e sintomas de psicopatologias e sofrimento psicológico em indivíduos que já haviam sido diagnosticados com uma condição de saúde mental (Pereira; Ferreira; Firmino, 2022; Ramos; Cerqueira-Santos; Machado, 2022; Vazquez et al., 2022).

Entre os transtornos mentais mais frequentemente observados estão os transtornos de ansiedade, abuso de álcool e outras substâncias, depressão e problemas de sono (Fila-Witecka et al., 2022), sendo o transtorno de insônia o mais prevalente (Vazquez et al., 2022; Carrasco-Garrido et al., 2022; Morin et al., 2022; Pizzonia et al., 2021). A insônia pode ser definida como dificuldade para iniciar o sono, manter o sono durante toda a noite ou acordar mais cedo do que o desejado, dada a oportunidade e o ambiente de sono adequado (Academia Americana de Medicina do Sono, 2014). Um estudo realizado por Bacelar et al. (2023), conduzido no Brasil, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, entre novembro de 2020 e abril de 2021, com 634 participantes com idade entre 18 e 79 anos,

revelou que 25% dos participantes tinham queixas de insônia, sendo mais frequente entre pessoas mais velhas, com menor escolaridade e na população desempregada. A análise dos dados também indicou que a duração do sono inferior a seis horas, sentimentos frequentes de tristeza, idade acima de 40 anos, morar em grandes cidades, emprego precário e baixa escolaridade foram fatores preditivos de insônia durante a pandemia da COVID-19.

Vários estudos sugerem a existência de uma associação bidirecional entre a insônia e outros problemas de saúde mental, especialmente ansiedade e depressão, uma vez que o sono é essencial para a regulação emocional. Por exemplo, um estudo que avaliou 48.932 indivíduos estimou que 62,9% dos pacientes com insônia apresentavam queixas de ansiedade e 38,1% queixas de depressão (Olufsen; Sørensen; Bjorvatn, 2020). Por outro lado, a ansiedade e a depressão, são frequentemente acompanhadas de dificuldades de sono e podem precedê-las ou ocorrer simultânea ou subsequentemente (Cox; Olatunji, 2016; Hertenstein et al., 2019; Jansson-Fröjmark; Lindblom, 2008; Johnson; Roth; Breslau, 2006; Ohayon; Roth, 2003; Ramsawh et al., 2009).

Durante a pandemia, não apenas a doença em si, mas também o medo dela pode piorar ainda mais os transtornos mentais. Nesse sentido, um número crescente de pesquisas tem se concentrado nos efeitos sobre a saúde mental associados ao medo da COVID-19. Em uma meta-análise recente, Şimşir et al. (2022) analisaram os resultados de 33 artigos de estudos que utilizaram a Escala de Medo da COVID-19 (Ahorsu et al., 2022), uma escala validada em 15 idiomas, que investiga o medo da COVID-19 e o surgimento ou agravamento de sinais e sintomas de psicopatologias. Os autores encontraram associações positivas e fortes entre o medo da COVID-19 e a depressão e a ansiedade, bem como associações moderadas entre o medo da COVID-19 e problemas de sono (Şimşir et al., 2022).

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que, por um lado, algum nível de medo da infecção por COVID-19 desempenha um papel adaptativo, protegendo o indivíduo e sendo associado a uma maior probabilidade de adoção de comportamentos de autoproteção, como o uso de máscara, a higiene das mãos e o distanciamento social (LUO et al., 2021). Por outro lado, conforme destacado por Şimşir, Koç, Seki e Griffiths (2022), condições adversas como isolamento social, incerteza, problemas financeiros e perda de entes queridos intensificaram esse medo, resultando em um nível de ansiedade que pode comprometer a saúde mental dos indivíduos e sua capacidade de responder racionalmente. Esse medo excessivo da COVID-19, observado em parte da população, contribuiu para o surgimento e o agravamento de casos de ansiedade, depressão e transtorno de insônia, exacerbando o sofrimento durante a pandemia, principalmente em seus períodos mais críticos (Şimşir et al., 2022; LUO et al., 2021).

Compreender as características dos pacientes com transtorno de insônia que são mais vulneráveis aos efeitos adversos de grandes crises de saúde, como a COVID-19, ajuda a elaborar intervenções que considerem suas necessidades específicas. Diversos estudos sugerem que variáveis não modificáveis, como o gênero feminino, estão associadas a uma maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental, como insônia, ansiedade e depressão, que já eram mais prevalentes em mulheres antes da pandemia da COVID-19 (Riecher-Rössler, 2017) e têm maior probabilidade de serem exacerbados nesse contexto potencialmente adverso (Bertelli; Moser; Gelinski, 2021; Silva et al., 2024; Santos; DE Hilal, 2017). As mulheres parecem ser mais vulneráveis aos efeitos psicopatológicos da pandemia; isso é mediado por variáveis biológicas, inclusive o papel dos hormônios

femininos, como o estrogênio e a progesterona, que aumentam a resposta ao estresse e à ansiedade (Bear; Connors; Paradiso, 2007; Bauer, 2023).

Além disso, aspectos socioculturais, como desigualdades de renda e uma maior carga de responsabilidades domésticas e cuidados com a família — tipicamente associados às mulheres e impulsionados por estereótipos de gênero na América Latina (Santos; De Hilal, 2017; Simões; Matos, 2014) — estão associados a uma maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico e à psicopatologia entre as mulheres, bem como a um maior risco de agravamento dos problemas de saúde mental durante a pandemia da COVID-19 (Bertelli; Moser; Gelinski, 2021; Silva et al., 2024). As evidências mostram que as mulheres brasileiras foram desproporcionalmente afetadas pelo impacto da pandemia, um efeito que aumentou a desigualdade de gênero no Brasil. Por exemplo, um estudo brasileiro realizado por Silva et al. (2024) constatou que as mulheres relataram níveis mais altos de medo da COVID-19 e que ser mulher e relatar níveis mais altos de medo da COVID-19 foram preditores de pior qualidade de vida no trabalho e bem-estar geral, explicando 24,6% da variação.

Além disso, as pesquisas sugerem que os aspectos comportamentais, como a prática regular de atividade física, podem ser um fator de proteção contra os efeitos negativos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde mental, com o potencial de aliviar os sintomas de ansiedade, medo excessivo e insônia, independentemente do sexo e da idade do indivíduo. Em uma recente revisão sistemática, Marconcin et al. (2022) avaliaram os resultados de 31 estudos e descobriram que níveis mais altos de atividade física estavam associados a maior bem-estar e qualidade de vida, bem como a níveis mais baixos de sintomas depressivos, ansiedade, estresse e medo. Eles também relataram que as mulheres avaliadas nesses estudos eram mais vulneráveis aos efeitos adversos da pandemia sobre a saúde mental e se beneficiaram da atividade física regular. Embora a revisão sistemática mencionada acima seja altamente relevante, ela não incluiu estudos realizados na população brasileira, nem avaliou a frequência de atividade física suficiente para ter um efeito protetor na saúde mental durante a pandemia da COVID-19.

Dada a natureza perturbadora e a imprevisibilidade da pandemia da COVID-19, agravada ainda mais por uma resposta altamente inadequada do governo federal brasileiro, acreditamos que o medo da COVID-19 pode dificultar o processo de relaxamento necessário para o sono e agravar os sintomas de problemas de sono daqueles com queixas subclínicas ou leves de insônia, especialmente quando essas pessoas também apresentam ansiedade e depressão. Embora alguns estudos já tenham avaliado as associações entre o medo da COVID-19 e os sinais e sintomas de psicopatologias em amostras comunitárias e clínicas (Şimşir et al., 2022; Luo et al., 2021; Fitzpatrick; Harris; Drawve, 2020), até o momento, poucos tiveram como objetivo investigar essas associações entre pacientes diagnosticados com transtorno de insônia. Até onde sabemos, nenhum deles circunscreveu especificamente suas análises ao período epidemiológico mais crítico da pandemia no Brasil.

Ao avaliar as associações entre o medo da COVID-19 e os sintomas de depressão, ansiedade e insônia em uma amostra clínica brasileira diagnosticada com transtorno de insônia no período mais crítico da pandemia no Brasil, considerando especificidades como gênero e prática de exercícios físicos, entre outras variáveis sociodemográficas, este estudo pode produzir insights que apoiarão as políticas de saúde pública e os provedores de saúde mental nos momentos mais agudos de novas grandes crises de saúde que deverão ocorrer no futuro (Sampath et al., 2021).

Os objetivos do nosso estudo foram avaliar os seguintes aspectos entre os pacientes diagnosticados com transtorno de insônia durante o período mais crítico da pandemia da COVID-19 no Brasil:

a) frequência dos sintomas de depressão e ansiedade, o medo da COVID-19 e a gravidade da insônia;

b) possíveis diferenças de gênero nas variáveis analisadas; e

c) associações entre medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade, gravidade da insônia e variáveis sociodemográficas.

Nossas hipóteses eram as seguintes:

a) que encontraríamos altas pontuações para sintomas de depressão e ansiedade e medo da COVID-19, além de uma alta proporção de indivíduos com um nível grave de insônia;

b) que os sintomas de depressão e ansiedade, o medo da COVID-19 e a gravidade da insônia seriam todos maiores entre as mulheres; e

c) que as variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, ter filhos, nível de escolaridade, estado civil, atividade física e ocupação, bem como os sintomas de depressão e ansiedade, preveriam tanto a gravidade da insônia quanto o medo da COVID-19.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo transversal em que os dados foram derivados de um estudo que avaliou a eficácia da Terapia de Aceitação-Compromisso versus a Terapia Cognitivo-Comportamental para insônia (El Rafihi-Ferreira et al., 2024). Os procedimentos detalhados do estudo foram publicados anteriormente (El Rafihi-Ferreira et al., 2024). Todos os dados foram obtidos de pesquisa aprovada pelo comitê de ética da Universidade de São Paulo (Certificado de Apresentação de Revisão Ética: 65743917.2.0000.0068/Aprovação No. 4.582.587) e todos os participantes forneceram consentimento informado antes de sua inclusão.

2.1. AMBIENTE E PARTICIPANTES

A amostra foi composta por 353 indivíduos com diagnóstico de transtorno de insônia (DSM-5) (Associação Americana de Psiquiatria, 2024) que procuraram tratamento no Programa Ambulatorial do Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), um hospital psiquiátrico público brasileiro associado a uma faculdade pública de medicina localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

O recrutamento foi realizado por meio das mídias sociais do IPq-HC-FMUSP. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados para pacientes com transtorno de insônia:

a) idade entre 18 e 59 anos;

b) atender aos critérios para transtorno de insônia de acordo com o DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2024):

i. dificuldade de iniciar e/ou manter o sono e/ou despertar no início da manhã com incapacidade de voltar a dormir, definida como latência de início do sono e/ou

despertares após início do sono ≥ 30 minutos;

ii. *presença de insônia em mais de três noites por semana, por mais de três meses;*

iii. *distúrbio do sono (ou fadiga diurna associada) causando sofrimento significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas funcionais;*

iv. *a dificuldade de dormir ocorre apesar de oportunidade adequada para dormir;*

v. *a insônia não é melhor explicada por outro distúrbio do sono, condição médica ou mental, ou uso de substância/medicamento.*

Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

a) *presença de doença física progressiva ou instável (por exemplo, câncer, dor aguda) ou doença neurológica degenerativa (por exemplo, demência);*

b) *comorbidades psiquiátricas instáveis (por exemplo, diagnóstico de transtorno psicótico ou bipolar ao longo da vida, mais de dois episódios de transtorno depressivo maior ao longo da vida, ou qualquer outro transtorno psiquiátrico descompensado, como surto psicótico, estados de mania/hipomania, e transtornos de ansiedade ou depressão não tratados adequadamente);*

c) *apresentação clínica sugestiva de apneia do sono (risco moderado ou grave com base no Questionário de Berlim), síndrome das pernas inquietas (relatada como sono inquieto) ou transtornos do ritmo circadiano do sono (por exemplo, síndrome da fase do sono atrasada ou avançada);*

d) *uso atual de álcool e/ou substâncias de forma inadequada;*

e) *analfabetismo.*

Para avaliar os critérios de exclusão relacionados a condições neurológicas ou comorbidades psiquiátricas, os participantes foram submetidos a uma avaliação médica e neuropsiquiátrica conduzida por um clínico experiente. As entrevistas foram realizadas por meio da plataforma Zoom. A avaliação neuropsiquiátrica foi baseada na versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000).

2.2. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O questionário sociodemográfico incluía as seguintes informações: idade, gênero, etnia, , ocupação remunerada, estado civil, se o participante tinha filhos e nível de atividade física por semana.

A Escala de Medo da COVID-19 é um instrumento desenvolvido por Ahorsu et al. (2022) e validado para o Brasil por Faro et al. (2022). A escala é unidimensional, composta por sete perguntas respondidas em uma escala de formato Likert, com possibilidades de resposta que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). É um instrumento de autorrelato que pode ser aplicado rapidamente. A soma total das pontuações varia de 7 a 35 pontos. O medo da COVID-19 foi classificado como baixo nível de medo para indivíduos com escores entre 7 e 19 pontos; medo moderado para escores entre 20 e 26 pontos; e medo alto para escores acima de 27 pontos. A escala original e sua tradução para o português apresentaram excelentes indicadores de validade interna, com índices de Cronbach de 0,82 e 0,86, respectivamente.

O Índice de Gravidade da Insônia (ISI) é um instrumento desenvolvido por Bastien, Vallières e Morin (2001) e validado em português brasileiro por Castro et al. (2009) em uma amostra representativa de 1.101 adultos da cidade de São Paulo. Trata-se de uma escala retrospectiva, referente ao último mês, que avalia a natureza, a intensidade e o impacto da insônia por meio de sete itens relacionados ao sono: dificuldades para iniciar ou manter o sono, despertar matinal precoce, grau de satisfação com o sono, prejuízo diurno, percepção de problemas de sono por outras pessoas e grau de preocupação com o problema de sono. Essas perguntas são respondidas usando uma escala Likert que varia de 0 (nenhuma gravidade) a 4 (alta gravidade), resultando em uma pontuação total que varia de 0 a 28, classificada da seguinte forma: sem insônia (0–7); insônia leve (8–14); insônia moderada (15–21); e insônia grave (22–28). O ISI apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,865) e boa validade convergente, com uma forte correlação ($r = 0,75$; $p < 0,05$) com o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) é um questionário composto por 14 itens divididos em duas subescalas, uma projetada para avaliar a ansiedade e a outra para avaliar a depressão. Todos os itens referem-se exclusivamente ao estado emocional e não refletem sintomas somáticos. A pontuação geral em cada subescala varia de 0 a 21, sendo a mais comum.

O ponto de corte utilizado, conforme recomendado por Zigmond e Snaith (1983), foi de 0 a 8 (ausência de ansiedade/depressão) e igual ou maior que 9 (presença de ansiedade/depressão). A versão brasileira foi inicialmente traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia-Jr e Pereira (1995), com alfas de Cronbach de 0,68 para ansiedade e 0,77 para depressão.

O diagnóstico de transtorno de insônia e a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram realizados por meio de entrevista clínica on-line, via plataforma Zoom, com duração aproximada de uma hora. Os instrumentos foram aplicados on-line, por meio da plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture), uma plataforma web segura para a criação e o gerenciamento de bancos de dados e pesquisas on-line. O tempo de preenchimento dos instrumentos foi de aproximadamente 30 minutos.

2.3. ANÁLISE DE DADOS

As análises estatísticas foram realizadas no SPSS, versão 29. As análises descritivas incluíram a classificação de médias, desvio padrão e pontuações máximas e mínimas relacionadas ao medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade e gravidade da insônia. Foram realizadas análises da proporção de participantes em cada estratificação de resultados de insônia (leve, moderada ou grave) e medo da COVID-19 (pouco, médio ou muito). Com relação aos sintomas de depressão e ansiedade, foi verificada a proporção de participantes que estavam acima e abaixo do ponto de corte dos instrumentos utilizados. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade da variância foi verificada pelo teste de Levene. Também avaliamos a normalidade, a heterocedasticidade, a autocorrelação e a colinearidade para os preditores do medo da COVID-19 e para a gravidade da insônia, incluindo a avaliação de multicolinearidade.

Uma vez que a distribuição dos dados dos 353 participantes foi classificada como normal, foram realizadas análises de correlação (r de Pearson) entre o medo da COVID-19, os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da insônia. Os seguintes intervalos foram usados para classificar a intensidade da correlação entre as variáveis analisadas: de 0 a 0,30: correlação leve; de 0,30 a 0,70: correlação moderada; e de 0,70 a 1: forte correlação entre as variáveis. O teste do qui-quadrado foi usado para comparar a proporção de indivíduos em cada faixa de classificação dos instrumentos ao comparar homens e mulheres. O teste t para amostras independentes foi usado para comparar as pontuações médias de homens e mulheres sobre o medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade e gravidade da insônia. Por fim, foram regressões lineares, com um modelo projetado para avaliar o grau preditivo do medo da COVID-19 na gravidade da insônia, controlando fatores psicológicos e sociais, e outro modelo ajustado para avaliar as variáveis relacionadas ao medo da COVID-19. Para todas as análises, a significância de 0,05 foi considerada nas análises inferenciais.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 353 indivíduos diagnosticados com transtorno de insônia com base nos critérios do DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2024). A idade média dos participantes foi de 39,65 anos (DP = 10,59), com idade mínima de 18 e máxima de 59 anos. A maioria dos participantes era mulher (n = 273; 78%), solteira (n = 172; 53%), branca (n = 348; 76,3%) e sem filhos (n = 179; 55%). A maioria dos participantes tinha emprego remunerado (n = 240; 74%) e havia concluído o ensino superior (n = 245; 75%). A Tabela 1 mostra as análises descritivas das pontuações encontradas nas escalas utilizadas.

Tabela 1. Resultados das pontuações médias de gravidade para insônia, sintomas de depressão e ansiedade e medo da COVID-19 na amostra geral (n = 353)

Variável	Média (DP)	Pontuação Possível / Mediana Teórica	Ponto de Corte do Instrumento	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
Sintomas de insônia	19,02 (4,04)	0–32	>7	9,00	28,00
Sintomas de depressão	9,49 (4,23)	0–21	≥9	0,00	20,00
Sintomas de ansiedade	11,60 (4,23)	0–21	≥9	1,00	21,00
Medo da COVID-19	19,63 (6,32)	7–35	15	7,00	35,00

Na amostra geral, as pontuações médias dos participantes excederam o ponto de corte para os instrumentos de avaliação do medo da COVID-19 e dos sintomas de depressão e ansiedade. A Tabela 2 mostra as pontuações médias de insônia, sintomas de depressão e ansiedade e medo da COVID-19 entre os homens e mulheres que compuseram a amostra.

Tabela 2. Resultados dos escores médios de gravidade para insônia, sintomas de depressão e ansiedade e medo da COVID-19, entre os gêneros

Variável	Homens (n = 80)	Mulheres (n = 273)	t	Valor de p
Sintomas de insônia	18,33 (4,38)	19,21 (3,93)	2,34	0,129
Sintomas de depressão	9,28 (4,23)	9,56 (4,26)	0,24	0,662
Sintomas de ansiedade	11,14 (4,29)	11,68 (4,22)	0,90	0,346
Medo da COVID-19	17,52 (6,40)	20,28 (6,25)	10,67	0,001

Ao comparar as pontuações de acordo com o gênero dos participantes, verificou-se que as mulheres tiveram pontuações ligeiramente mais altas em todas as variáveis analisadas, com diferenças estatisticamente significativas apenas nas pontuações médias de medo da COVID-19. A Tabela 3 mostra as proporções de homens e mulheres participantes classificados como tendo insônia leve, moderada e grave, depressão e ansiedade (clínica versus não clínica) e medo da COVID-19 (um pouco, moderado ou muito).

Tabela 3. Proporções de participantes do sexo masculino e feminino com base nas pontuações de corte dos instrumentos para gravidade da insônia, medo da COVID-19 e sintomas de depressão e ansiedade

	Mulheres (n = 273)	Homens (n = 80)	χ^2	Valor de p
Gravidade da insônia			2,07	0,412
Leve	37 (14%)	16 (20%)		
Moderada	151 (55%)	42 (53%)		
Grave	85 (31%)	22 (28%)		
Sintomas de depressão			0,14	0,721
Não clínico	88 (32%)	24 (30%)		
Clínico	185 (68%)	56 (70%)		
Sintomas de ansiedade			2,20	0,147
Não clínico	45 (16%)	19 (24%)		
Clínico	228 (84%)	61 (76%)		
Medo da COVID-19			6,91	0,032
Medo baixo	129 (47%)	51 (64%)		
Medo moderado	98 (36%)	21 (26%)		
Medo elevado	46 (17%)	8 (10%)		

A Tabela 4 mostra as análises de correlação entre os escores de gravidade da insônia, medo da COVID-19 e sintomas de depressão e ansiedade na amostra geral. Especificamente, em relação à correlação entre o medo da COVID-19 e a gravidade da insônia, realizamos uma análise adicional para avaliar os possíveis efeitos da sobreposição entre o item 6 do instrumento de medo da COVID-19 ("Não consigo dormir porque estou preocupado em contrair o coronavírus") e os escores de gravidade da insônia. Essa análise adicional foi realizada para avaliar até que ponto esse item explicaria a gravidade da insônia. Os resultados indicaram que não foram encontradas diferenças significativas com a eliminação do item 6 do instrumento de medo da COVID-19.

Tabela 4. Matriz de correlação entre gravidade da insônia, sintomas de depressão e ansiedade e medo da COVID-19 (n = 353)

	Gravidade da Insônia	Sintomas de Depressão	Sintomas de Ansiedade	Medo da COVID-19
Gravidade da insônia	—			
Sintomas de depressão	0,380 *	—		
Sintomas de ansiedade	0,370 *	0,630 *	—	
Medo da COVID-19	0,200 *	0,250 *	0,330 *	—

* p < 0,001

Todas as correlações observadas foram estatisticamente significativas e positivas, indicando que, embora não seja possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis analisadas, quanto maior a pontuação de medo da COVID-19, maior a gravidade da insônia e os sintomas de depressão e ansiedade. Em seguida, foi realizada uma análise de regressão linear passo a passo para avaliar o poder preditivo de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas sobre a gravidade da insônia. As variáveis consideradas incluíram gênero, idade, presença de filhos, etnia, estado civil, ocupação, nível de escolaridade, nível de atividade física, medo da COVID-19 e sintomas de ansiedade e depressão.

O modelo 1 incluiu apenas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça, estado civil, emprego formal, presença de filhos, nível de escolaridade e nível de atividade física). Essas variáveis foram selecionadas com base em estudos anteriores (Christodoulou et al., 2023; Al Mamun et al., 2022) sobre variáveis sociodemográficas preditivas da presença e gravidade da insônia em adultos, inclusive um grande estudo brasileiro recente (Aizawa et al., no prelo). O modelo 2 incorporou o efeito do medo da COVID-19 e, por fim, o modelo 3 acrescentou variáveis psicológicas, ou seja, ansiedade e depressão, bem como suas interações.

Destacamos que a análise não ajustada seria a mesma apresentada na Tabela 4, que é a correlação entre as principais variáveis de interesse: medo da COVID-19 e gravidade da insônia ($r = 0,200$, $p < 0,001$). O primeiro modelo inclui apenas os fatores sociodemográficos conhecidos de estudos anteriores que têm efeito sobre a gravidade da insônia (sexo, idade, ter filhos, estado civil) e, como queríamos ver o efeito do medo da COVID-19 sem o efeito dessas outras variáveis, optamos por incluí-los no primeiro modelo e para o modelo 2 (adicionando a variável principal) e o modelo 3 (para ver se o efeito ainda se mantém após os preditores mais fortes de insônia em nossa análise de correlação univariada, ou seja, ansiedade e depressão). O modelo 3, o mais abrangente, explicou uma proporção moderada da variação, com significância estatística ($R2= 0,20$, $F (13,339)= 6,56$, $p< 0,001$; R2 ajustado = 0,17). Os resultados detalhados da regressão linear stepwise para os três modelos podem ser encontrados na Tabela 5. Os principais resultados do modelo 3, que inclui todas as variáveis, indicam que o escore de ansiedade teve um efeito positivo e estatisticamente significativo na gravidade da insônia ($\beta= 0,45$; 95% CI [0,08, 0,82]; $t(339)= 2,40$; $p= 0,017$). Esse achado sugere que indivíduos com altos escores de sintomas de ansiedade tendem a ter insônia mais grave, mostrando uma associação positiva entre ansiedade e gravidade da insônia. Além disso, foi identificada uma interação positiva e estatisticamente significativa entre o medo da COVID-19 e a pontuação de depressão ($\beta= 0,02$; 95% CI [0,003, 0,04]; $t(339)= 2,28$; $p= 0,023$). Esse resultado indica que o impacto dos sintomas de depressão nos sintomas de insônia é exacerbado pelo

aumento do medo da COVID-19, ou seja, indivíduos com altos escores de sintomas de depressão e alto medo da COVID-19 tendem a ter insônia mais grave.

Tabela 5. Análise de regressão linear para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e psicopatológicas sobre os sintomas de insônia

	Modelo 1 B (IC 95%)	Modelo 2 B (IC 95%)	Modelo 3 B (IC 95%)
Gênero (homem)	−0,65 [−1,66; 0,35]	−0,42 [−1,44; 0,59]	−0,50 [−1,46; 0,45]
Idade	−0,01 [−0,06; 0,04]	−0,01 [−0,06; 0,04]	0,00 [−0,05; 0,05]
Filhos (sim)	−0,33 [−1,41; 0,74]	−0,22 [−1,29; 0,84]	−0,33 [−1,33; 0,68]
Escolaridade (ensino superior)	−1,42 ** [−2,47; −0,37]	−1,33 * [−2,38; −0,29]	−0,81 [−1,81; 0,18]
Etnia (não branca)	0,67 [−0,25; 1,60]	0,63 [−0,29; 1,55]	0,46 [−0,41; 1,33]
Estado civil (não casado)	−0,08 [−0,99; 0,83]	−0,02 [−0,92; 0,89]	−0,12 [−0,97; 0,73]
Atividade física (>2 vezes por semana)	−1,22 ** [−2,08; −0,36]	−0,92 * [−1,80; −0,04]	−0,09 [−0,96; 0,77]
Ocupação (não remunerado)	−0,08 [−1,13; 0,98]	−0,21 [−1,27; 0,84]	−0,51 [−1,51; 0,48]
Medo da COVID-19		0,09 ** [0,02; 0,16]	0,02 [−0,18; 0,22]
Ansiedade (HADS-A)			0,45 * [0,08; 0,82]
Depressão (HADS-D)			−0,17 [−0,52; 0,18]
Medo da COVID-19 × Depressão			0,02 * [0,00; 0,04]
Medo da COVID-19 × Ansiedade			−0,01 [−0,03; 0,00]
Participantes	353	353	353
R^2	0,065	0,084	0,201
R^2 ajustado	0,043	0,060	0,170
AIC	1982,21	1976,92	1936,51
BIC	2020,82	2019,43	1994,52
F	2,972	3,485	6,560

* p < 0,05, ** p < 0,01. Escala de Ansiedade Hospitalar (HADS-A), Escala de Depressão Hospitalar (HADS-D); B = estimativa não padronizada; IC = intervalo de confiança.

Realizamos uma segunda análise de regressão linear com o objetivo de avaliar as variáveis sociodemográficas que predizem o medo da COVID-19, conforme relatado por estudos nacionais (Faro et al., 2022; Cardoso et al., 2023; Modena et al., 2021) e internacionais (Rakic' et al., 2024; Kassim et al., 2021; Mcelfish et al., 2021) anteriores na área. As seguintes variáveis foram investigadas: sexo, idade, presença de filhos, etnia, estado civil, ocupação, escolaridade, nível de atividade física, ansiedade, depressão e sintomas de insônia. Esse modelo explicou uma proporção moderada e estatisticamente significativa da variação (R^2 = 0,18; F(11, 341) = 6,87; p < 0,001; R^2 ajustado = 0,16). Todos os parâmetros dessa análise são mostrados na Tabela 6.

Os resultados indicam que ser homem teve um efeito negativo e estatisticamente significativo sobre o medo da COVID-19 (β =– 2,24; 95% CI [– 3,72,– 0,75]; t(341) =– 2,96; p= 0,003), sugerindo que os homens, após o controle de outros fatores, pontuam, em média, 2,24 pontos a menos na escala de medo da COVID-19 em comparação com as mulheres. Além disso, verificou-se que uma frequência semanal maior de atividade física (>2 vezes por semana) teve um efeito negativo e estatisticamente significativo sobre o medo da COVID-19 (β =– 2,35; 95% CI [– 3,68,– 1,02]; t(341) =– 3,46; p< 0,001), sugerindo que os indivíduos que praticam atividade física mais de duas vezes por semana tendem a marcar uma média de 2,35 pontos a menos na escala de medo da COVID-19. Por fim, a ansiedade revelou um efeito positivo e estatisticamente significativo no medo da COVID-19 (β= 0,39; IC 95% [0,20, 0,59]; t(341) = 3,95; p < 0,001), indicando que, para cada ponto adicional na escala de ansiedade, há um aumento médio de 0,39 pontos na escala de medo da COVID-19. Em resumo, entre os indivíduos diagnosticados com insônia avaliados, as mulheres, aqueles com um nível mais alto de ansiedade e aqueles que praticavam atividade física duas vezes por semana ou menos tenderam a relatar um medo maior da COVID-19.

Tabela 6. Análise de regressão linear para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e psicopatológicas sobre o medo da COVID-19

	Medo da COVID-19 (B [IC 95%])
Gênero (homem)	−2,24 ** [−3,72; −0,75]
Idade	0,06 [−0,02; 0,13]
Filhos (sim)	−1,26 [−2,84; 0,32]
Escolaridade (ensino superior)	−0,20 [−1,77; 1,36]
Etnia (não branca)	0,16 [−1,21; 1,53]
Estado civil (não casado)	−0,79 [−2,13; 0,55]
Atividade física (>2 vezes por semana)	−2,35 ** [−3,68; −1,02]
Ocupação (não remunerado)	1,13 [−0,44; 2,69]
Ansiedade (HADS-A)	0,39 ** [0,20; 0,59]
Depressão (HADS-D)	−0,01 [−0,21; 0,18]
Participantes	353
R^2	0,182
R^2 ajustado	0,155
AIC	2257,41
BIC	2307,72
F	6,874

** p < 0,001. Escala de Ansiedade Hospitalar (HADS-A), Escala de Depressão Hospitalar (HADS-D); B = estimativa não padronizada; IC = intervalo de confiança.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo fornecem uma visão geral abrangente das associações entre o medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade e gravidade da insônia em pacientes diagnosticados com transtorno de insônia durante o período mais crítico da pandemia da COVID-19 no Brasil. Além de verificar as associações entre as variáveis do estudo, procuramos entender possíveis diferenças no medo da COVID-19 e no sofrimento psicológico entre homens e mulheres. Nesta seção, discutimos os principais resultados da pesquisa, bem como suas implicações clínicas e de políticas de saúde pública.

Em nossa avaliação, encontramos uma pontuação média geral de medo da COVID-19 de 19,63 (DP = 6,32). Essa média é menor do que a observada no estudo mais abrangente sobre o medo da COVID-19 no Brasil, realizado nos primeiros meses da pandemia (Faro et al., 2022). Nesse estudo, que avaliou 1.000 indivíduos usando a Escala de Medo da COVID-19 em junho de 2020, a média foi de 22,2 (DP = 5,78). Esse resultado contradiz nossa hipótese inicial, segundo a qual, nos meses mais críticos da crise de saúde, caracterizados por maior morbidade e mortalidade e sobrecarga dos sistemas de saúde, o medo da COVID-19 seria maior em comparação com períodos menos severos.

A discrepância observada nos escores pode estar relacionada a diversas variáveis, como o maior conhecimento da população sobre as medidas de proteção à saúde e a dinâmica da transmissão do vírus (Aquino et al., 2020). Além disso, a campanha de imunização contra a COVID-19 no Brasil, que teve início em janeiro de 2021 com a vacina CoronaVac, pode ter gerado um efeito tranquilizador em parte da população mais alinhada ao discurso médico-científico (Dantas, 2021).

Além disso, ao longo de 2020, mensagens veiculadas pelo governo federal, representado pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, subestimando abertamente a gravidade da pandemia, podem ter contribuído para uma falsa sensação de segurança em parte da população, especialmente entre indivíduos com visões políticas de ultradireita (Prado, 2020; DE Paula; de Oliveira Araújo; Alves, 2020; Vieira Filho, 2022). Nesse sentido, acreditamos que a falta de medo da COVID-19 e de suas consequências, verificada em parte da população brasileira, mesmo diante da variação mais agressiva do coronavírus e do colapso dos sistemas de saúde público e privado e diante de mais de 4.000 mortes por dia, pode ter contribuído para uma redução injustificada do medo da COVID-19 e, consequentemente, da adesão às medidas de proteção individual e coletiva, levando ao agravamento da crise sanitária no país.

Por fim, o prolongamento da crise também pode ter impactado negativamente a percepção do medo devido a um processo cognitivo de acomodação e normalização da situação, como um mecanismo de defesa contra o sofrimento psicológico crônico associado à pandemia e suas repercussões médicas, sociais e econômicas (Brucker, 2021).

Nossos resultados revelaram que as mulheres apresentaram pontuações significativamente mais altas em todas as variáveis analisadas, incluindo o medo da COVID-19. Esse achado corrobora nossa segunda hipótese e está de acordo com os resultados de estudos anteriores. Por exemplo, Broché-Pérez et al. (2022), em um estudo com 772 participantes cubanos, mostraram que as mulheres tinham muito mais medo da COVID-19 do que os homens. Esse padrão também foi observado por outros autores, como Wang et al. (2020), que identificaram o fato de ser mulher como um indicador de impacto psicológico negativo durante o surto de COVID-19.

As mulheres parecem ser mais vulneráveis aos efeitos psicopatológicos da pandemia, mediados por variáveis biológicas e sociais. Bear, Connors e Paradiso (2007) destacam o papel dos hormônios sexuais, como o estrogênio e a progesterona, que aumentam a resposta ao estresse e ao medo. O estrogênio está associado à ativação da amígdala, envolvida no processamento do medo. Bauer (2023) também aponta diferenças neurobiológicas entre homens e mulheres que influenciam a resposta ao medo e à ansiedade.

Além dos fatores biológicos, os aspectos socioeconômicos também influenciaram os escores de medo. Bertelli et al. (2021) destacam o impacto desproporcional sobre as mulheres, especialmente as de baixa renda, que enfrentam o ônus da dupla jornada de trabalho. Também vale a pena mencionar a maior prevalência de transtorno de insônia em mulheres, quase duas vezes maior que a dos homens (Mallampalli; Carter, 2014), que é influenciada por fatores hormonais, sociais e psicológicos, como cognições sobre o sono e flexibilidade psicológica (El Rafihi-Ferreira et al., 2022).

Portanto, nossos resultados sugerem que políticas de saúde pública sensíveis ao gênero, que considerem as particularidades das mulheres brasileiras com insônia durante futuras grandes crises de saúde, devem abordar não apenas os aspectos neurofisiológicos que aumentam sua vulnerabilidade ao medo e à ansiedade (Bertelli et al., 2021; Bear; Connors; Paradiso, 2007; Bauer, 2023; Broché-Pérez et al., 2022; Wang et al., 2020), mas também os papéis sociais culturalmente atribuídos ao gênero feminino no Brasil (Vazquez et al., 2022; Bertelli et al., 2021), associados ao trabalho formal e aos cuidados com a casa e com os filhos — uma dupla carga que pode resultar em sobrecarga e estresse, especialmente durante grandes crises de saúde em que creches, escolas e serviços de saúde estão fechados.

A associação entre transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, e transtorno de insônia está bem estabelecida na literatura (Mccracken et al., 2020; Wieckiewicz et al., 2021; Martynowicz et al., 2021; SEOW et al., 2018). Durante a pandemia, esses aspectos se tornam ainda mais evidentes, conforme observado por Bacelar et al. (2023), que identificaram a depressão e outros fatores como preditores de insônia em um estudo brasileiro. Outro estudo encontrou sintomas de insônia moderados a graves em 21,6% dos participantes, e foi observada uma correlação positiva significativa entre a gravidade dos sintomas de insônia e o transtorno de estresse pós-traumático. Essas descobertas sugerem que a piora dos problemas de saúde mental na população durante a pandemia pode ter contribuído para a piora nos padrões de sono e um aumento na incidência do transtorno de insônia, que, por sua vez, tende a agravar os problemas de saúde mental comórbidos devido à privação do sono. Isso indica uma possível relação bidirecional entre a insônia e outros problemas de saúde mental (Jansson-Fröjmark; Lindblom, 2008).

Além disso, nossos resultados mostraram correlações positivas e significativas entre o medo da COVID-19, os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da insônia, sugerindo que o aumento do medo da infecção estava associado à piora desses sintomas. Um estudo iraniano com 1.223 participantes corroborou essa relação, indicando que o medo da COVID-19 contribuiu para um aumento na prevalência de sintomas de insônia, depressão e ansiedade (Akbarpour et al., 2022). Nossas análises de regressão indicaram que ser mulher, praticar atividade física menos de duas vezes por semana e apresentar sintomas de ansiedade de nível clínico previam pontuações mais altas de medo da COVID-19 entre indivíduos diagnosticados com transtorno de insônia. Esse resultado está de acordo com o que foi relatado anteriormente.

Os efeitos da atividade física na melhora dos sintomas de ansiedade (Ewuzie; Ezeano; Aderinto, 2024; Bösselmann et al., 2021) e na regulação das respostas de medo durante a pandemia (Saldiva, 2018) já estão bem documentados na literatura, assim como os efeitos da atividade física na melhora dos sintomas de insônia, tanto por meio de seu efeito direto nos mecanismos neurofisiológicos que regulam os ciclos de sono e vigília (Boyle et al., 2024) quanto pela redução dos sintomas de depressão e ansiedade, que tendem a estar associados a problemas de sono (Fila-Witecka et al., 2022; Mccracken et al., 2020).

No entanto, durante os períodos mais críticos da pandemia, as medidas de lockdown limitaram a prática de atividade física, especialmente para os residentes de grandes centros urbanos brasileiros com falta de áreas verdes (Saldiva, 2018), dificultando a realização de exercícios em espaços abertos, os quais são associados a um menor risco de transmissão do vírus. É interessante notar que nenhuma outra variável sociodemográfica foi capaz de prever os escores de medo da COVID-19, o que sugere que outras variáveis, não investigadas neste estudo, podem ter sido responsáveis por esse resultado — incluindo, por exemplo, a posição política e o nível de alinhamento com o discurso médico-científico.

Embora acreditemos que tenhamos atingido nossos objetivos, reconhecemos as limitações deste estudo. A primeira limitação está relacionada ao seu desenho transversal. Embora esse delineamento permita a avaliação de associações entre as variáveis analisadas (medo da COVID-19, sintomas de depressão e ansiedade, gravidade da insônia e variáveis sociodemográficas), ele não permite a inferência de relações causais entre elas, o que só seria possível por meio de estudos longitudinais.

A segunda limitação está relacionada à amostragem, predominantemente composta por mulheres brancas e de alta escolaridade com transtorno de insônia. Futuros estudos brasileiros com amostras mais diversificadas — incluindo mais homens e participantes com status socioeconômico baixo e médio — poderiam fornecer resultados mais representativos da população brasileira.

Além disso, são necessários novos estudos com delineamento longitudinal em futuras situações de grandes crises de saúde para avaliar se o medo de patógenos, juntamente com sintomas de depressão e ansiedade, pode afetar a gravidade da insônia. É igualmente importante investigar se o medo de patógenos pode aumentar os sintomas de depressão e ansiedade, os quais, por sua vez, influenciam negativamente a gravidade da insônia, configurando um ciclo de retroalimentação entre saúde mental e distúrbios do sono.

5. CONCLUSÕES

Nossos resultados indicaram um nível leve a moderado de medo da COVID-19 e níveis moderados de sintomas de depressão e ansiedade em nossos participantes diagnosticados com transtorno de insônia durante o período mais crítico da pandemia da COVID-19 no Brasil. Todos os escores foram maiores entre as mulheres, mas apenas o medo da COVID-19 apresentou diferenças significativas entre os grupos. O medo da COVID-19 foi positivamente correlacionado com sintomas de depressão e ansiedade e com a gravidade da insônia. Ser mulher, ser sedentária e ter sintomas de ansiedade foram preditores do medo da COVID-19 entre os participantes com transtorno de insônia. Essa descoberta destaca a importância de políticas de saúde pública sensíveis ao gênero para o atendimento de pacientes com insônia durante futuras grandes crises de saúde. As associações entre sintomas de ansiedade e medo da COVID-19 e a gravidade da insônia verificadas em nosso estudo sugerem a relevância de abordar os sintomas de ansiedade por meio do incentivo à atividade física para atenuar a gravidade da insônia e o medo de patógenos em pacientes com insônia.

REFERÊNCIAS

[1] AHORSU, D. K. et al. The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 20, p. 1537–1545, 2022.

[2] AIZAWA, I. et al. Preditores e fatores associados à insônia em uma amostra brasileira: A cross-sectional study. Sleep Science, 2025, no prelo.

[3] AKBARPOUR, S. et al. COVID-19 fear association with depression, anxiety, and insomnia: a national web-based survey on the general population. Iranian Journal of Psychiatry, v. 17, p. 24–34, 2022.

[4] AL MAMUN, F. et al. Predictive factors of insomnia during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: a GIS-based nationwide distribution. Sleep Medicine, v. 91, p. 219–225, 2022.

[5] AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. Classificação Internacional de Distúrbios do Sono. 3. ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

[6] AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p. 106–115, 2000.

[7] AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 2423–2446, 2020.

[8] ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2024.

[9] BACELAR, A. et al. Sintomas de insônia durante a pandemia de COVID-19: um estudo caso-controle. Revista de Saúde Pública, v. 57, Supl. S1, p. 8, 2023.

[10] BASTIEN, C. H.; VALLIÈRES, A.; MORIN, C. M. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine, v. 2, p. 297–307, 2001.

[11] BAUER, E. P. Sex differences in fear responses: neural circuits. Neuropharmacology, v. 222, 109298, 2023.

[12] BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed, 2007.

[13] BERTELLI, E.; MOSER, L.; GELINSKI, C. R. O. G. Famílias, mulheres e cuidados: efeitos da pandemia de COVID-19 no estado de Santa Catarina. Oikos: Família e Sociedade em Debate, v. 32, p. 35–54, 2021.

[14] BÖSSELMANN, V. et al. Physical activity, boredom and fear of COVID-19 among adolescents in Germany. Frontiers in Psychology, v. 12, 624206, 2021.

[15] BOTEGA, N. J. et al. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, v. 29, p. 355–363, 1995.

[16] BOYLE, J. T. et al. Move your feet and sleep: a longitudinal dynamic analysis of self-reported exercise, sedentary behavior, and insomnia symptoms. Sleep Health, v. 10, p. 321–326, 2024.

[17] BROCHE-PÉREZ, Y. et al. Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 20, p. 83–91, 2022.

[18] BRUCKER, M. C. Back to normal? Nursing for Women's Health, v. 25, p. 159–160, 2021.

[19] CAMPOS, J. A. D. B. et al. Early psychological impact of the COVID-19 pandemic in Brazil: uma pesquisa nacional. Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 9, p. 2976, 2020.

[20] CARDOSO, J. P. P. et al. O medo da COVID-19 influencia a prática de atividade física: um estudo em uma amostra brasileira. Psychology, Health & Medicine, v. 28, p. 232–240, 2023.

[21] CARRASCO-GARRIDO, P. et al. Consumo de benzodiazepínicos e hipnóticos Z em pacientes com COVID-19 de longa duração: diferenças de gênero e fatores associados. Frontiers in Medicine, v. 9, p. 975930, 2022.

[22] CASTRO, L. S. et al. 072 Validação do Insomnia Severity Index (ISI) no estudo epidemiológico do sono de São Paulo. Sleep Medicine, v. 10, supl. S1, p. S20, 2009.

[23] CHRISTODOULOU, N. et al. Fatores associados aos sintomas de insônia: um estudo transversal durante um lockdown totalmente restritivo da COVID-19. Journal of Sleep Research, v. 32, e13752, 2023.

[24] CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Painel CONASS COVID-19. 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/. Acesso em: 10 jul. 2024.

[25] COX, R. C.; OLATUNJI, B. O. A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related

disorders. Journal of Anxiety Disorders, v. 37, p. 104–129, 2016.

[26] DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por COVID-19. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, e200203, 2021.

[27] DE PAULA, C. P. A.; DE OLIVEIRA ARAÚJO, E. P.; ALVES, T. O imaginário na pandemia: o impacto simbólico da "gripezinha" e o discurso negacionista do Estado. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, v. 27, p. 150–177, 2020.

[28] EL RAFIHI-FERREIRA, R. et al. Fatores cognitivos e psicológicos associados à insônia grave em mulheres brasileiras: um estudo transversal. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 35, p. 39, 2022.

[29] EL RAFIHI-FERREIRA, R. et al. Terapia de aceitação e compromisso versus terapia cognitivo-comportamental para insônia: um ensaio clínico randomizado. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 92, p. 330–343, 2024.

[30] EWUZIE, Z.; EZEANO, C.; ADERINTO, N. A review of exercise interventions for reducing anxiety symptoms: insights and implications. Medicine, v. 103, e40084, 2024.

[31] FARO, A. et al. O medo da COVID-19: adaptação e validação da escala. Estudos de Psicologia, v. 39, e200121, 2022.

[32] FERRARI, C. K. B. Por que respondemos mal à pandemia de COVID-19? Transformações necessárias nos saberes docentes da saúde. Humanidades e Inovação, v. 8, p. 185–196, 2021.

[33] FILA-WITECKA, K. et al. Sleepless in Solitude – Insomnia symptoms severity and psychopathological symptoms among university students during the COVID-19 pandemic in Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, p. 2551, 2022.

[34] FITZPATRICK, K. M.; HARRIS, C.; DRAWVE, G. Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, v. 12, p. S17–S21, 2020.

[35] GALHARDI, C. P. et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 1849–1858, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.21552021. Acesso em: 10 abr. 2025.

[36] GUIMARÃES, R. M.; OLIVEIRA, M. P. R. P. B.; DUTRA, V. G. P. Excesso de mortalidade segundo grupo de causas no primeiro ano de pandemia de COVID-19 no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 25, e220029, 2022.

[37] HERTENSTEIN, E. et al. Insônia como preditor de transtornos mentais: uma revisão sistemática e meta-análise. Sleep Medicine Reviews, v. 43, p. 96–105, 2019.

[38] JANSSON-FRÖJMARK, M.; LINDBLOM, K. Uma relação bidirecional entre ansiedade e depressão e insônia? Um estudo prospectivo na população em geral. Journal of Psychosomatic Research, v. 64, p. 443–449, 2008.

[39] JOHNSON, E. O.; ROTH, T.; BRESLAU, N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. Journal of Psychiatric Research, v. 40, p. 700–708, 2006.

[40] KASSIM, M. A. M. et al. Relationship between fear of COVID-19, psychopathology and sociodemographic variables in Malaysian population. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 20, p. 1303–1310, 2021.

[41] LUO, F. et al. Revisão sistemática e meta-análise do medo da COVID-19. Frontiers in Psychology, v. 12, 661078, 2021.

[42] MALLAMPALLI, M. P.; CARTER, C. L. Exploring sex and gender differences in sleep health: A society for women's health research report. Journal of Women's Health, v. 23, p. 553–562, 2014.

[43] MARCONCIN, P. et al. A associação entre atividade física e saúde mental durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19: uma revisão sistemática. BMC Public Health, v. 22, 209, 2022.

[44] MARTYNOWICZ, H. et al. Fatores de risco demográficos, clínicos, laboratoriais e genéticos associados à gravidade da COVID-19 em adultos: uma narrative review. Dental and Medical Problems, v. 58, p. 115–121, 2021.

[45] McCRACKEN, L. M. et al. Impacto psicológico da COVID-19 na população sueca: depressão,

ansiedade e insônia e suas associações com fatores de risco e vulnerabilidade. European Psychiatry, v. 63, p. 81, 2020.

[46] McELFISH, P. A. et al. Sociodemographic determinants of COVID-19 vaccine hesitancy, fear of infection, and protection self-efficacy. Journal of Primary Care & Community Health, v. 12, p. 21501327211040746, 2021.

[47] MODENA, C. F. et al. Fatores associados à percepção do medo da COVID-19 em estudantes universitários. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, e20210448, 2021.

[48] MORIN, C. M. et al. Prevalent, incident, and persistent insomnia in a population-based cohort tested before (2018) and during the first-wave of COVID-19 pandemic (2020). Sleep, v. 45, zsab258, 2022.

[49] OHAYON, M. M.; ROTH, T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. Journal of Psychiatric Research, v. 37, p. 9–15, 2003.

[50] OLUFSEN, I. S.; SØRENSEN, M. E.; BJORVATN, B. Nye diagnosekriterier for insomni og sammenhengen mellom insomni, angst og depresjon. Tidsskrift for den Norske Legeforening, v. 140, 2020.

[51] PEREIRA, D.; FERREIRA, S.; FIRMINO, H. O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da população geriátrica. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, v. 8, p. 49–57, 2022.

[52] PIZZONIA, K. L. et al. Insônia durante a pandemia de COVID-19: o papel da depressão e dos fatores de risco relacionados à COVID-19. Cognitive Behaviour Therapy, v. 50, p. 246–260, 2021.

[53] PRADO, B. COVID-19 em Brasil: "E?". The Lancet, v. 395, p. 1461, 2020.

[54] RAKIĆ, J. D. et al. Sociodemographic characteristics, hope and information in the media as predictors of the fear of COVID-19. Romanian Journal of Communication and Public Relations, v. 26, p. 25–43, 2024.

[55] RAMOS, M. M.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; MACHADO, R. O. Mental health in the second wave of the Coronavirus Disease 2019 pandemic in Brazil. Journal of Nursing and Health, v. 12, e2212121925, 2022.

[56] RAMSAWH, H. J. et al. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. Journal of Psychiatric Research, v. 43, p. 926–933, 2009.

[57] RIECHER-RÖSSLER, A. Diferenças de sexo e gênero em transtornos mentais. The Lancet Psychiatry, v. 4, p. 8–9, 2017.

[58] SALDIVA, P. Vida urbana e saúde: os desafios dos habitantes das metrópoles. São Paulo: Editora Contexto, 2018.

[59] SAMPATH, S. et al. Pandemias ao longo da história. Cureus, v. 13, e18136, 2021.

[60] SANTOS, C.; DE HILAL, A. V. G. Igual, igual, mas diferente? As experiências das mulheres com a desigualdade de gênero no Brasil. Employee Relations: The International Journal, v. 40, p. 486–499, 2017.

[61] SEOW, L. et al. Evaluating DSM-5 insomnia disorder and the treatment of sleep problems in a psychiatric population. Journal of Clinical Sleep Medicine, v. 14, p. 237–244, 2018.

[62] SILVA, P. et al. Qualidade de vida relacionada ao trabalho durante a pandemia da COVID-19: perspectivas de gênero em uma amostra brasileira. Sexes, v. 5, p. 686–700, 2024.

[63] SIMÕES, S.; MATOS, M. Ideias modernas, comportamentos tradicionais e a persistência da desigualdade de gênero no Brasil. International Journal of Sociology, v. 38, p. 94–110, 2014.

[64] ŞIMŞIR, Z. et al. The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. Death Studies, v. 46, p. 515–523, 2022.

[65] SIQUEIRA, C. A. D. S. et al. COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 46, e74, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.74. Acesso em: 10 abr. 2025.

[66] VAZQUEZ, D. A. et al. Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de COVID-19. Saúde em Debate, v. 46, p. 304–317, 2022.

[67] VENTURA, D. F. L. et al. Pandemia e crimes contra a humanidade: o "caráter desumano" da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. Revista Direito e Práxis, v. 12, p. 2206–2257, 2021.

[68] VIEIRA FILHO, M. J. "Mimimi", "histeria", "gripezinha": Imaginários sociodiscursivos da banalização da pandemia no Brasil em discursos presidenciais. Mester, v. 51, p. 157–179, 2022.

[69] WANG, Y. et al. Clinical outcome of 55 asymptomatic cases at the time of hospital admission infected with SARS-Coronavirus-2 in Shenzhen. Journal of Infectious Diseases, v. 221, p. 1770–1774, 2020.

[70] WIECKIEWICZ, M. et al. Identificação de grupos de risco para transtornos mentais, dor de cabeça e comportamentos orais em adultos durante a pandemia de COVID-19. Scientific Reports, v. 11, p. 10964, 2021.

[71] ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 67, p. 361–370, 1983.

Capítulo 8

Estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos: revisão integrativa

Cristovão Jackson Lins da Costa

Resumo: **Introdução**: A doação de órgãos e tecidos é uma prática essencial para salvar vidas, mas enfrenta desafios devido à escassez de doadores e à instabilidade hemodinâmica dos pacientes em morte encefálica (ME). Globalmente, apenas 5% a 10% da demanda por transplantes é atendida. **Objetivo**: Assim o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre estratégias de suporte hemodinâmico para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos em ME. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nos meses de Dezembro de 2024 e Janeiro de 2025. A pesquisa utilizou descritores controlados e estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), abrangendo as seguintes bases de dados: PubMed, EMBASE, SciELO e LILACS. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, em português ou inglês, e excluídos revisões, editoriais e estudos não específicos. Após análise de 169 artigos, seis foram incluídos na amostra final. A seleção e análise dos estudos foram realizadas no software Rayyan®. **Resultados**: Os resultados evidenciaram que 66,6% dos estudos utilizaram medicamentos como vasopressores e hormônios para estabilizar doadores. Estratégias como monitoramento contínuo com dispositivos de bioreactância e análise de pulso-contour, administração de fluidos com protocolos de ressuscitação volêmica e uso de vasopressores (norepinefrina e vasopressina) foram identificadas. O estudo também destacou a necessidade de diretrizes padronizadas, pois as práticas variaram entre as instituições e países. **Conclusão**: Conclui-se que as estratégias de suporte hemodinâmico são essenciais para melhorar a viabilidade dos órgãos para transplante. Contudo, lacunas permanecem, como a ausência de consenso sobre práticas ideais e a necessidade de validação de novas intervenções. A implementação de protocolos baseados em evidências pode aumentar a eficiência no manejo de doadores, contribuindo para atender à crescente demanda por transplantes e melhorar os desfechos clínicos.

Palavras-chave: Morte encefálica, Hemodinâmica, Gerenciamento de doadores, Transplante de órgãos.

1. INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos é uma intervenção médica de grande importância, capaz de salvar vidas e transformar significativamente a qualidade de vida de pacientes em situações críticas. Globalmente, a demanda por transplantes de órgãos supera a disponibilidade de doadores efetivos, apesar do aumento do número de transplantes apenas 5% a 10% das necessidades são atendidas (Domínguez-Gil *et al.,*2024).

A Lei nº 9.434/1997, conhecida como a "Lei dos Transplantes," regulamenta que a doação de órgãos pós-morte só pode ocorrer mediante a constatação de morte encefálica. Essa condição é considerada a morte definitiva, caracterizada pela perda total e irreversível das funções cerebrais, abrangendo tanto o córtex quanto o tronco encefálico. Na morte encefálica, apesar de o coração ainda apresentar batimentos por um curto período, a respiração só é possível com suporte de aparelhos, e a parada cardíaca torna-se inevitável. Dessa forma, a morte encefálica é reconhecida legal e clinicamente como o marco do óbito de um indivíduo (Brasil, 2024).

Por sua vez, o gerenciamento de doadores de morte encefálica exige protocolos clínicos específicos para lidar com instabilidades fisiológicas e melhorar a preservação de órgãos, uma vez que até 20% dos órgãos de doadores com morte encefálica são perdidos devido à instabilidade hemodinâmica (Lazzeri *et al.,* 2021).

Estratégias de manejo eficazes se concentram em manter a estabilidade hemodinâmica, corrigir anormalidades metabólicas e garantir a função ideal do órgão durante o período crítico antes da recuperação do órgão. A literatura atual evidencia que a implementação de monitoramento hemodinâmico estrito foi associada a melhores taxas de utilização de órgãos, aumentando de 78% para 88% com monitoramento aprimorado (Bonizzoli *et al.,*2024).

Apesar do progresso nas práticas de suporte hemodinâmico, permanecem lacunas em termos de consenso sobre as melhores práticas e evidências robustas que sustentam a padronização desses protocolos.

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre estratégias de suporte hemodinâmico aplicadas a potenciais doadores adultos em morte encefálica. Dessa forma o estudo contribuirá com o fornecimento de diretrizes úteis para a prática clínica, fortalecendo a capacidade dos sistemas de saúde em ampliar o número e a qualidade dos transplantes realizados.

2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa de literatura, que foi realizada a partir das seguintes etapas: 1) seleção da questão norteadora; 2) definição das características das pesquisas primárias da amostra; 3) seleção, por pares, das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; 4) análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; e 6) relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Para a formulação da questão norteadora e orientação dos descritores a serem utilizados na busca, utilizou-se a estratégia PCC, onde P (População - Quem compõe e quais as características da população a ser pesquisada) – designa "potenciais doadores adultos"; C (Conceito - Qual a questão central a ser examinada) – "Suporte, estabilização ou monitorização hemodinâmica"; C (Contexto - Que corresponde a detalhes específicos, ou

fatores culturais, ou localização geográfica, ou questões de gênero, ou questões raciais etc. estão relacionados à população) - "manutenção de múltiplos órgãos". Assim sendo formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais são as evidências científicas sobre estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos?

Para o levantamento das publicações, utilizou-se os descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MESH), pesquisados de forma conjunta por meio do operador booleano AND. A busca e análise ocorreu durante os meses de Dezembro de 2024 e Janeiro de 2025, nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed via MEDLINE, Excerpta Medica dataBASE (EMBASE), Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram utilizados os seguintes cruzamentos nas bases de dados (quadro 1):

Quadro 1: Estratégias de busca nas respectivas bases de dados. Sobral, CE, Brasil, 2025

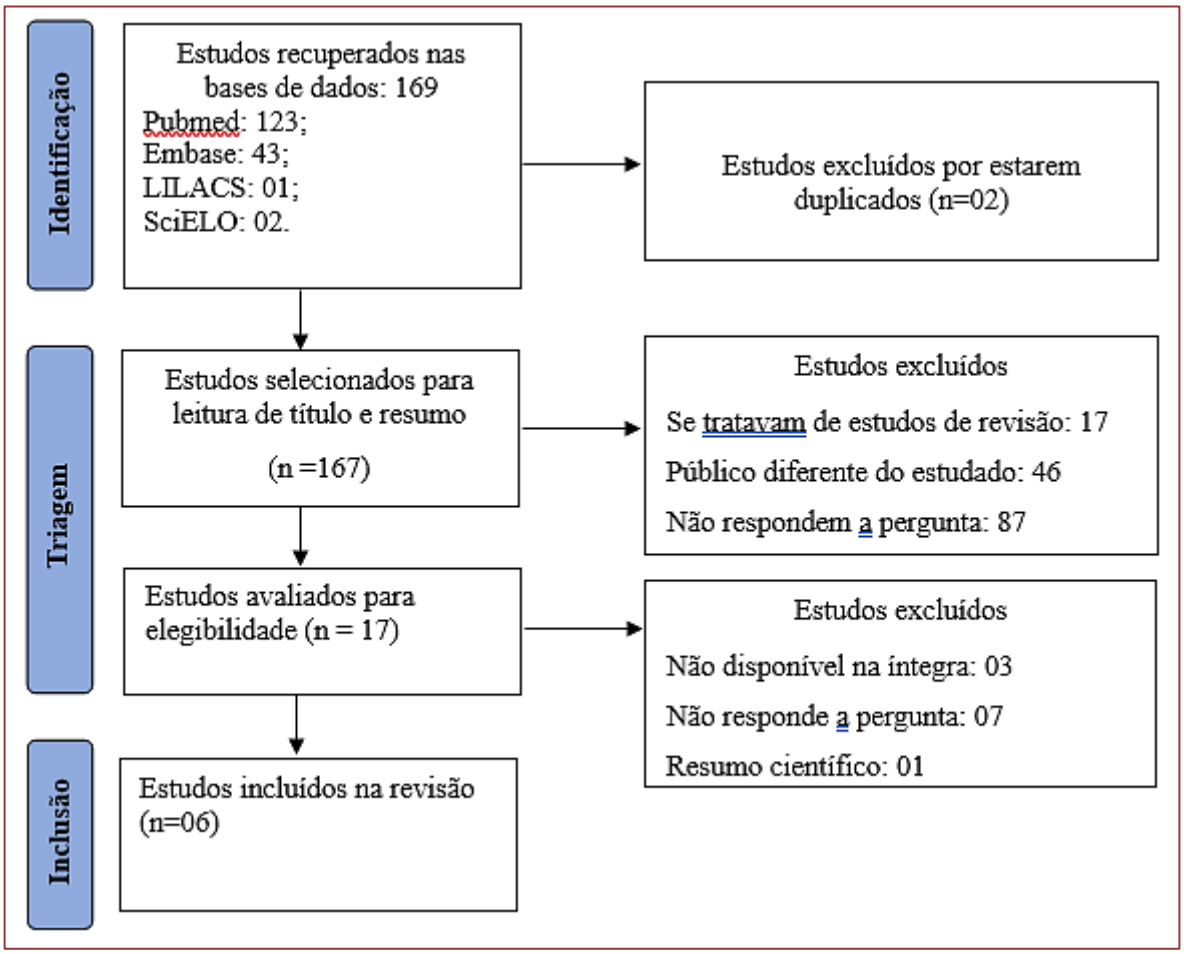
BASE DE DADOS	CRUZAMENTOS
PubMed via MEDLINE	("Organ Donors"[MeSH] OR "Tissue Donors"[MeSH]) AND ("Hemodynamics"[MeSH] OR "Hemodynamic Monitoring"[MeSH] OR "Hemodynamic Stabilization") AND ("Organ Preservation"[MeSH] OR "Multiple Organ Procurement" OR "Organ Transplantation"[MeSH])
EMBASE	('organ donor' OR 'tissue donor') AND ('hemodynamics' OR 'hemodynamic monitoring' OR 'hemodynamic stabilization') AND ('organ preservation' OR 'multiple organ procurement' OR 'organ transplantation')
SciELO	(Doadores de Órgãos) and Hemodinâmica
LILACS	("Doadores de Órganos" OR "Donantes de Tejidos") AND ("Hemodinámica" OR "Monitorización Hemodinámica" OR "Estabilización Hemodinámica") AND ("Preservación de Órganos" OR "Captación de Órganos y Tejidos" OR "Mantenimiento de Órganos" OR "Trasplante de Órganos").

Fonte: próprio autor (2025).

Para seleção da amostra adotou-se os seguintes critérios de inclusão artigos que abordassem sobre a temática estudada, publicados em Português e Inglês, ensaios clínicos, estudos observacionais, publicados nos últimos 5 anos. Por sua vez, foram excluídos os estudos em formato de editorial, carta ao editor, revisões integrativas e sistemáticas, estudos que envolvam doadores pediátricos, estudos que não sejam específicos para potenciais doadores de órgãos, e aqueles que não estiverem disponíveis na íntegra.

A triagem e elegibilidade dos estudos foi realizada no *software Rayyan* ®, projetado para organizar e categorizar os documentos da revisão. Foi realizada às cegas por dois pesquisadores independentes a partir da leitura do título e do resumo do documento em busca da relevância dos estudos que se relacionem com o objeto de pesquisa. Após, foi feita a leitura na íntegra dos documentos restantes com a finalidade de identificar a resposta da pergunta norteadora. O fluxo de seleção esta descrito na figura 1.

Figura 1: Fluxograma da busca e seleção de artigos segundo PRISMA. Sobral, CE, Brasil, 2025



Fonte: próprio autor (2025).

Para registrar os dados dos artigos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados padrão adaptados do Manual da Joanna Briggs Institute (JBI) (JBI, 2015). A tabulação dos dados foi realizada a partir de planilha construída no Microsoft Excel, composta pelas variáveis: autores, ano, país, tipo de estudo, tecnologia implementada, tipo de hospital, principais resultados e principais conclusões. Após a extração dos dados, estes foram analisados a partir de estatística descritiva simples (n; %).

3. RESULTADOS

Foram identificados 169 artigos nas bases de dados pesquisadas com a utilização dos descritores selecionados. Após a utilização da estratégia de leitura e seleção dos artigos, seis artigos passaram a integrar a amostra final do estudo.

A síntese dos seis artigos que compõem este estudo, acrescida de seu país de origem e da revista, é apresentada no quadro 2. Dos seis artigos listados, todos foram publicados em periódicos de origem internacional, sendo que 50% (n=3) pertenciam aos Estados Unidos e França, China e Itália totalizaram os outros 50% (n=3), sendo um artigo em cada país.

Quadro 2: Síntese dos artigos acerca das estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos. Sobral, CE, Brasil, 2025

Autores	País	Revista	Objetivos	Conclusão
Bonizzoli et al. (2024)	Itália	Experimental and Clinical Transplantation.	Investigar a experiência com doadores com morte cerebral em suporte de ECMO, focando nas estratégias de suporte hemodinâmico e na taxa de utilização de órgãos durante o período de observação de 6 horas.	O estudo concluiu que a introdução de um regime rigoroso de monitoramento hemodinâmico é crucial para manter a perfusão e a qualidade dos órgãos em doadores com morte cerebral em suporte de ECMO, resultando em uma taxa de utilização aumentada dos órgãos para transplante.
Dhar *et al.,*(2023)	Estados Unidos	New England Journal of Medicine (N Engl J Med)	Avaliar a hipótese de que a infusão intravenosa de levotiroxina aumentaria a taxa de corações transplantados de doadores com morte cerebral hemodinamicamente instáveis.	O estudo concluiu que a administração de levotiroxina não resultou em um aumento significativo na taxa de transplante de corações de doadores hemodinamicamente instáveis, sugerindo que a prática de usar hormônios para melhorar a viabilidade dos órgãos pode não ser tão eficaz quanto se pensava anteriormente.
Zheng *et al.,*(2021)	China	Frontiers in Pharmacology.	Avaliar os efeitos da infusão de terlipressina na estabilidade hemodinâmica, suporte vasoativo e função renal em pacientes hipotensos com morte cerebral que são potenciais doadores de órgãos.	A infusão de terlipressina pode estabilizar a hemodinâmica, reduzir o suporte vasoativo e melhorar a função renal em pacientes hipotensos com morte cerebral que são potenciais doadores de órgãos. O estudo sugere a necessidade de ensaios clínicos randomizados e controlados adequadamente dimensionados para confirmar esses resultados.
Munjal *et al.,*(2024)	Estados Unidos	Cureus	O objetivo do estudo foi destacar a necessidade de investigar a terapia de substituição renal após a morte cerebral como uma estratégia para estabilizar pacientes para a doação de órgãos, visando abordar a escassez de órgãos disponíveis para transplante.	O estudo conclui que intervenções como a terapia de substituição renal podem ser benéficas para a manutenção da função dos órgãos em doadores com morte cerebral, e enfatiza a necessidade de diretrizes futuras sobre o uso de terapia de substituição renal extracorpórea em pacientes com morte cerebral para otimizar a procura de órgãos
Champigneulle *et al.,*(2019)	França	BMC Anesthesiology.	Descrever as práticas anestésicas usuais para doadores com morte cerebral durante o procedimento de procura de órgãos e avaliar o conhecimento e a autoconfiança dos anestesiologistas franceses em relação a essa prática.	As práticas anestésicas declaradas estavam em conformidade com as diretrizes sobre a gestão de doadores de órgãos na UTI. O estudo sugere que mais pesquisas são necessárias para avaliar o impacto específico da gestão intraoperatória durante esse procedimento e, assim, a necessidade de diretrizes anestésicas específicas.
Marklin *et al.,*(2020).	Estados Unidos	Clinical Transplantation.	Comparar a eficácia do monitoramento de bioreactância com a análise de pulso-contour na ressuscitação volêmica baseada em volume de sangue em doadores de órgãos com morte cerebral, utilizando um protocolo de ressuscitação orientado por volume.	O estudo concluiu que não houve diferença significativa nos desfechos clínicos entre os dois métodos de monitoramento durante a ressuscitação volêmica, sugerindo que a bioreactância pode ser uma alternativa viável e não invasiva para a gestão hemodinâmica em doadores de órgãos

Fonte: próprio autor (2025).

O quadro 3 apresenta as estratégias utilizadas para suporte hemodinâmico para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos. O uso de medicamentos como estratégia de manutenção hemodinâmica foi descrito em 66,6% (n=4) dos artigos selecionados para a revisão integrativa. As principais drogas apresentadas foram norepinefrina, vasopressina, levotiroxina, dopamina, terlipressina, epinefrina, norepinefrina e fenilefrina.

Quadro 3: Principais estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos. Sobral, CE, Brasil, 2025

	Estratégias utilizadas
Bonizzoli et al. (2024)	**1. Monitoramento hemodinâmico:** Realizada aferição de pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, pressão venosa central e diurese durante o período de observação de 6 horas; **2. Tratamento com Hormônios:** Utilização de terapia de reposição com cortisona e hormônio tireoidiano, além de considerar o uso de hormônio antidiurético e insulina intravenosa, com valores-alvo de glicose abaixo de 180 mg/dL, conforme necessário; **3. Gestão de volume:** Realização de reposição de volume (soluções cristaloides) sempre que uma redução na pressão arterial média (MAP) fosse observada; **4. Uso de Vasopressores:** Aumento da dose de norepinefrina até 0,2 µg/kg/min em caso de redução da pressão arterial. Se essa dosagem não fosse suficiente para restaurar a perfusão (MAP > 60 mm Hg), a vasopressina seria adicionada. 5. **Monitoramento de Fluxo Sanguíneo:** Em doadores com morte cerebral em suporte de ECMO, o fluxo sanguíneo também foi monitorado e mantido em pelo menos 3 L/min.
Dhar *et al.,*(2023)	**1. Administração de Levotiroxina**: Os doadores foram randomizados para receber infusão intravenosa de levotiroxina (30 µg por hora) ou solução salina como placebo. **2. Uso de Vasopressores**: A maioria dos doadores estava recebendo vasopressores para manter a pressão arterial e a perfusão dos órgãos. O estudo mencionou que 90% dos doadores tinham um escore de vasopressor-inotrópico superior a 2,5, indicando a necessidade de suporte adicional para estabilizar a hemodinâmica. **3. Monitoramento da Função Cardíaca**: A função cardíaca dos doadores foi monitorada, incluindo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (LVEF) por ecocardiografia, para avaliar a condição cardíaca e a necessidade de intervenções adicionais.
Zheng *et al.,*(2021)	**1.Volume de Expansão**: A administração de fluidos para garantir a adequada perfusão dos órgãos e estabilizar a pressão arterial. **2. Uso de Vasopressores**: O estudo menciona a utilização de agentes vasopressores, como dopamina e norepinefrina, para tratar a hipotensão e manter a pressão arterial média (MAP) em níveis adequados (65-105 mm Hg). **3. Infusão de Terlipressina**: O foco principal do estudo foi a infusão de terlipressina, que é um análogo sintético da vasopressina. A administração de terlipressina foi associada à reversão da hipotensão em pacientes que eram resistentes à norepinefrina, ajudando a estabilizar a hemodinâmica e melhorar a função renal.

Quadro 3: Principais estratégias de suporte hemodinâmico utilizadas para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos. Sobral, CE, Brasil, 2025 (continuação)

	Estratégias utilizadas
Munjal *et al.,*(2024)	**1.Terapia de Substituição Renal (Diálise)**: O estudo destaca a utilização de hemodiálise para tratar a lesão renal aguda e a hipercalemia em um doador com função renal comprometida. A diálise foi realizada por três dias consecutivos, o que ajudou a estabilizar a condição do doador e a melhorar a viabilidade dos órgãos para transplante. **2. Administração de Vasopressores**: Durante a internação, o paciente apresentou hipotensão severa, que exigiu o uso de múltiplos vasopressores, incluindo epinefrina, vasopressina, norepinefrina e fenilefrina, para manter a pressão arterial e a perfusão adequada dos órgãos. **3. Suporte Ventilatório e Medicamentos**: O paciente continuou a receber suporte ventilatório e foi administrado levotiroxina intravenosa para ajudar na estabilização fisiológica antes da recuperação dos órgãos
Champigneulle *et al.,*(2019)	**1.Metas de Gerenciamento de Doadores (DMGs)**: 78% dos anestesiologistas relataram utilizar DMGs pré-especificadas durante o procedimento de procura de órgãos. Isso incluiu: • **Pressão Arterial Média**: A maioria dos respondentes (67%) manteve uma pressão arterial média alvo entre 60-70 mmHg. • **Temperatura**: 96% dos anestesiologistas garantiram que a temperatura do doador estivesse acima de 35 °C. **2. Ressuscitação Volêmica**: • **Uso de Cristaloides**: 98% dos anestesiologistas relataram o uso de cristaloides para ressuscitação volêmica, com Ringer lactato (45%) e solução salina 0,9% (38%) sendo as mais frequentemente utilizadas. • **Não Uso de Amido**: 95% dos respondentes não utilizaram soluções de amido para ressuscitação. **3. Transfusão de Sangue**: Um limiar de hemoglobina de 7 g/dL foi considerado para transfusão por 65% dos anestesiologistas, enquanto 5% acreditavam que a transfusão não era indicada nesse contexto.
Marklin *et al.,*(2020).	**1.Monitoramento Hemodinâmico**: Os doadores foram monitorados utilizando dois tipos de dispositivos: o monitor de bioreactância (Starling SV Noninvasive Hemodynamic Monitoring System) e o monitor de análise de pulso-contour (FloTrac System e EV1000 monitor). Ambos os dispositivos medem o volume sistólico, mas utilizam tecnologias diferentes para isso. **2.Protocolo de Ressuscitação Volêmica**: O volume sistólico foi medido no início do estudo e a cada 30 minutos durante 4 horas. A ressuscitação foi realizada com bolos de 500 mL de solução salina normal ou solução de Ringer lactato, administrados intravenosamente ao longo de 30 minutos . **3. Administração de Fluidos Baseada em Resposta**: A administração de fluidos foi ajustada com base nas mudanças no volume sistólico. Se o volume sistólico aumentasse em 10% após a administração de um bolo de fluidos, um novo bolo seria administrado. Se não houvesse aumento ou se o volume sistólico diminuísse, a administração de fluidos seria interrompida ou ajustada conforme necessário. **4.Monitoramento Contínuo**: O monitoramento contínuo do volume sistólico permitiu uma abordagem dinâmica e responsiva à ressuscitação volêmica, ajudando a otimizar a perfusão dos órgãos e a função cardiovascular dos doadores.

Fonte: próprio autor (2025).

4. DISCUSSÃO

O manejo hemodinâmico é considerado realmente um desafio devido à frequência bastante alta de instabilidade do doador (Lazzeri *et al.,*2021). No entanto, este estudo

apresentou um número limitado de seis artigos publicados nos últimos cinco anos sobre estratégias de suporte hemodinâmico para a manutenção de múltiplos órgãos em potenciais doadores adultos evidencia a escassez de estudos nessa área e a necessidade de ampliar as pesquisas.

A maior divulgação e o acesso dos profissionais de saúde a informações sobre identificação e manejo clínico de pacientes em morte encefálica (ME) podem contribuir para aumentar o número de doadores e, consequentemente, o número de doações de órgãos nos serviços de saúde. O diagnóstico precoce de ME e a manutenção hemodinâmica adequada são fatores essenciais para ampliar a quantidade de doadores falecidos disponíveis (Westphal *et al.,*2012).

Um estudo realizado em 2020 analisou as perdas de potenciais doadores devido a falhas na manutenção hemodinâmica. Dos 33.175 óbitos notificados, 867 atenderam aos critérios para serem classificados como possíveis e potenciais doadores (pacientes com diagnóstico de ME). Entre esses casos, 38,1% estavam hemodinamicamente estáveis e em condições ideais para doação de órgãos. O estudo concluiu que perdas relacionadas à manutenção ocorreram em 537 pacientes com ME, evidenciando a relevância de protocolos eficazes para reduzir essas perdas (Bento *et al.,*2020).

A infusão de medicamentos foi destaque entre os artigos incluídos. O uso de vasopressores e agentes hormonais, é amplamente utilizada em doadores hemodinamicamente instáveis, com destaque para a terlipressina e a norepinefrina. A norepinefrina, frequentemente escolhida como vasopressor de primeira linha, apresenta um perfil de efeitos colaterais mais favorável em comparação a outras catecolaminas (Nassar *et al.,*2022). Em doadores com morte cerebral, a norepinefrina é comumente administrada, enquanto a vasopressina é utilizada como adjuvante em casos que requerem doses mais altas para estabilizar a hemodinâmica (Lazzeri *et al.,*2021).

Apesar da utilização generalizada de vasopressores, não há consenso sobre o manejo ideal da instabilidade hemodinâmica em doadores de órgãos. Essa lacuna destaca a importância de desenvolver e implementar protocolos padronizados que possam otimizar o cuidado e aumentar a eficiência do processo de doação de órgãos (Swanson *et al.,*2020).

Além das estratégias encontradas nesse estudo, uma revisão de literatura sugere práticas adicionais para melhoria da manutenção hemodinâmica. Entre as recomendações estão: (1) monitoramento da pressão arterial invasiva, com pressão arterial média mantida ≥ 65 mmHg; (2) avaliação do débito urinário, idealmente ≥ 1 mL/kg/h; (3) controle da pressão venosa central entre 8-10 cm H2O; (4) monitoramento dos níveis de lactato, que refletem o estado metabólico do doador; (5) medição da saturação venosa mista de oxigênio, inferior à adequação do transporte de oxigênio; e (6) uso da ecocardiografia para avaliação das funções ventriculares esquerda e direita, além de exclusão de alterações cardíacas preexistentes ou recém-desenvolvidas (Lazzeri *et al.,*2021).

Os desafios éticos e logísticos também foram competitivos, especialmente no que se refere à padronização de práticas entre diferentes países e instituições, conforme destacado por Champigneulle et al. (2019). A variação nas práticas anestésicas e de ressurreição volêmica indica a necessidade de diretrizes mais robustas e globalmente aplicáveis.

Por fim, a literatura evidencia que, apesar dos avanços, ainda existem lacunas significativas no manejo de doadores em morte encefálica, especialmente em relação à personalização do tratamento e ao impacto de novas intervenções no longo prazo. A

necessidade de pesquisas futuras para validar disciplinas específicas foi um ponto recorrente nos estudos revisados.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a importância de estratégias hemodinâmicas bem definidas e integradas para a manutenção de múltiplos órgãos em doadores em morte encefálica. A adoção de protocolos baseados em evidências, aliados ao uso de tecnologias modernas, tem o potencial de aumentar a taxa de aproveitamento de órgãos, contribuindo para atender à crescente demanda por transplantes.

Entretanto, persistem desafios significativos, como a necessidade de padronização de práticas e a realização de estudos adicionais para validar intervenções promissórias. O investimento em pesquisas futuras é essencial para melhorar a qualidade do cuidado e maximizar o potencial de doação de órgãos.

REFERENCIAS

[1] BENTO, Pamela da Silva; SANTIAGO, Alessandra Duarte; SAES, Letícia Sandre Vendrame; PESSOA, João Luís Erbs; SILVA, Thalyta Larissa Ockner; SCHIRMER, Janine; ROZA, Bartira de Aguiar. Loss of Potential Donors Due to Hemodynamic Maintenance. **Transplantation Proceedings**, [S.L.], v. 52, n. 5, p. 1226-1230, jun. 2020. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.02.020.

[2] BONIZZOLI, M. et al. Brain Death Donors on Extracorporeal Membrane Oxygenation Support. **Experimental and Clinical Transplantation**, v. 22, n. 6, 1 jun. 2024.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes. Morte encefálica**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/doacao-de-orgaos/morte-encefalica>.

[4] CHAMPIGNEULLE, B. et al. Intraoperative management of brain-dead organ donors by anesthesiologists during an organ procurement procedure: results from a French survey. **BMC Anesthesiology**, v. 19, n. 1, 15 jun. 2019.

[5] DHAR, Rajat; MARKLIN, Gary F.; KLINKENBERG, W. Dean; WANG, Jinli; GOSS, Charles W.; LELE, Abhijit V.; KENSINGER, Clark D.; LANGE, Paul A.; LEBOVITZ, Daniel J.. Intravenous Levothyroxine for Unstable Brain-Dead Heart Donors. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 389, n. 22, p. 2029-2038, 30 nov. 2023. Massachusetts Medical Society. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2305969.

[6] DOMÍNGUEZ-GIL, Beatriz; LÓPEZ-FRAGA, Marta; MULLER, Elmi; POTENA, Luciano; MARTIN, Dominique E.; BLANCO, Alicia Pérez; VAN ASSCHE, Kristof; ONISCU, Gabriel C.; CHATZIXIROS, Efstratios; JHA, Vivekanand. Santander Global Summit in Transplantation: supporting global convergence in the shared goals of sufficiency, transparency, and oversight. **Transplantation**, [S.L.], p. 1-10, 22 out. 2024. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/tp.0000000000005222.

[7] LAZZERI, Chiara; BONIZZOLI, Manuela; GUETTI, Cristiana; FULCERI, Giorgio Enzo; PERIS, Adriano. Hemodynamic management in brain dead donors. **World Journal Of Transplantation**, [S.L.], v. 11, n. 10, p. 410-420, 18 out. 2021. Baishideng Publishing Group Inc.. http://dx.doi.org/10.5500/wjt.v11.i10.410.

[8] MARKLIN, Gary F.; KLINKENBERG, William Dean; HELMERS, Benjamin; AHRENS, Thomas. A stroke volume-based fluid resuscitation protocol decreases vasopressor support and may increase organ yield in brain-dead donors. **Clinical Transplantation**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-10, fev. 2020. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/ctr.13784.

[9] MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018.

[10] MUNJAL, Ripudaman s; MUNJAL, Jaskaran; DHILLON, Gagandeep; BUDDHAVARAPU, Venkata s;

GREWAL, Harpreet; SHARMA, Pranjal; VERMA, Ram K; LEE, Ruth; KASHYAP, Rahul. Dialyzing Brain-Dead for Organ Procurement. **Cureus**, [S.L.], p. 1-10, 26 mar. 2024. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.7759/cureus.56960.

[11] NASSAR, Mazen Alaadeen; BEDAIWI, Lama Hisham; ALI, Tariq Omar; ALSHEHRI, Mazen Saleh; ALOTAIBI, Bashayr Nasyan; AL-SHARIF, Azizah Mastour; AL-QAMASH, Afrah Hussein; AL-GHADEER, Ahmed Fadhel; ALQARNI, Abdulaziz Abdullah; ALGARGOOSH, Marwah Munair. Role of inotropes and vasopressors therapy in the intensive care unit. **International Journal Of Community Medicine And Public Health**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 459, 29 dez. 2022. Medip Academy. http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20223574.

[12] SWANSON, Elizabeth A.; PATEL, Madhukar S.; GROAT, Tahnee; JAMESON, Nora E.; ELLIS, Margaret K. M.; HUTCHENS, Michael P.; NIEMANN, Claus U.; MALINOSKI, Darren J.; SALLY, Mitchell B.. Vasopressor selection during critical care management of brain dead organ donors and the effects on kidney graft function. **Journal Of Trauma And Acute Care Surgery**, [S.L.], v. 88, n. 6, p. 783-788, 21 mar. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/ta.0000000000002688.

[13] WESTPHAL, G.A.; CALDEIRA FILHO, M.; FIORELLI, A.; VIEIRA, K.D.; ZACLIKEVIS, V.; BARTZ, M.; WANZUITA, R.; TEIXEIRA, C.; FRANKE, C.; MACHADO, F.O.. Guidelines for Maintenance of Adult Patients With Brain Death and Potential for Multiple Organ Donations: the task force of the brazilian association of intensive medicine the brazilian association of organs transplantation, and the transplantation center of santa catarina. **Transplantation Proceedings**, [S.L.], v. 44, n. 8, p. 2260-2267, out. 2012. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.019.

[14] ZHENG, Donghua; LIU, Genglong; CHEN, Li; XIE, Wenfeng; SUN, Jiaqi; WANG, Siqi; TAI, Qiang. Effects of Terlipressin on Management of Hypotensive Brain-Dead Patients Who are Potential Organ Donors: a retrospective study. **Frontiers In Pharmacology**, [S.L.], v. 12, p. 1-12, 1 out. 2021. Frontiers Media SA. http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2021.716759.

Autores

AUTORES

GLEICA SOYAN BARBOSA ALVES (ORGANIZADORA)

Farmacêutica (UFAM - 2013), mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (UFAM - 2016) professora assistente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Coordenadora do Curso de Engenharia Sanitária do Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia (ICET). Tem experiência na área de Microbiologia, Epidemiologia, Biologia Molecular e Controle de Qualidade de Alimentos e Medicamentos.

ELIENE DE OLIVEIRA (ORGANIZADORA)

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (2017) e em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE (2011). Especialista em Saúde da Família. Especialista em Educação a Distância. Servidora pública efetiva no cargo de Odontológo na Prefeitura Municipal de Montes Claros/MG. Docente na Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional e Tecnológica da Unimontes. Professora supervisora do Estágio em Saúde da Família do curso de Odontologia da FUNORTE. Possui experiência em Saúde Coletiva/Saúde da Família.

ALESSANDRA PORTO D'ÁVILA

Enfermeira formada pela UFRGS Especialista em ABA Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

ALINE MALAQUIAS DE OLIVEIRA

Enfermeira formada pela UFRGS Especialista em Saúde da Criança: violências e vulnerabilidades Especialista em Oncologia Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

ANA KARINE LARANJEIRA DE SÁ

Pós - doutora em Psicologia/orientação em metodologia de pesquisa de revisão pela UFLO-Buenos Aires/ Argentina; Doutora em Ciências Biomédicas pelo IUNIR/ Rosário - Argentina. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Especialista em enfermagem em urgência e emergência/Enfermagem Obstétrica/Pneumologia sanitária/Metodologia do ensino superior/Educação profissional. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Enfermeira e Psicanalista. Atua como docente no curso de bacharelado em enfermagem no Instituto Federal de Pernambuco - Campus Pesqueira, ministra as disciplinas de saúde mental, sistematização da assistência de enfermagem em psiquiatria, políticas públicas de saúde e projeto integrador: trabalho de conclusão de curso I e II.

ANNA CAROLINA DA SILVA MONTEIRO

Psicóloga clínica especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Oncologia pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP - MA), especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC - Minas) com formação em Psicoterapia do Luto pelo Guarda-chuva Psicologia

BÁRBARA MARIA LOPES DA SILVA BRANDÃO

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Docente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

CRISTOVÃO JACKSON LINS DA COSTA

Médico formado pela Universidade Federal do Cariri (CE).

AUTORES

DANIELA GIOTTI DA SILVA

Especialista em Saúde da Criança pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pelo Instituto Israelita Albert Einstein Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS

ELON DE SOUSA NASCIMENTO

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em de Atenção à Oncologia pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP - MA)

GRAZIELLY NAIANE SILVA

Discente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

JOSÉ DANIEL DA SILVA SOBRAL

Discente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

LAURA MARIA LEITE DA SILVA

Discente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

LIVIA RODRIGUES CASTOR ALMEIDA

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Docente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

LUCICLAUDIO DA SILVA BARBOSA

Possui graduação em Licenciatura em Ciências Biológica pela Universidade Estadual da Paraíba (1991). Especialista em Educação Ambiental, Mestre em Recursos Naturais e Gestão Educacional. trabalhou durante 20 anos no Colégio Geo Patos e 10 anos intermitente no curso de Ciências Biológicas da Universidade Vale do Acaraú e na Universidade Estadual da Paraíba e ainda professor contratado do Colégio Regina Coeli e Colegio Motiva por igual período de 10 anos. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Biologia Geral, nomeado em fevereiro de 2011 como professor efetivo do Instituo Federal de Educação do estado de Pernambuco, no Campus de Pesqueira, lotado no curso de Bacharelado em Enfermagem, atuei como coordenador do laboratórios de morfofisiologias dos processos vitais em enfermagem durante 12 anos. Atua como consultor da Apice acessoria na elaboração de concursos na área de saúde e formação de professores das Ciências da natureza. Tenho 36 anos de experiência profissional no magistério. Atualmente estou matriculado e aprovado no curso de pós-graduação a nível de doutorado pelo IUNIR na cidade de Rosario - Argentina em convênio com o IESLA - Instituto De Educação Superior LatinoAmericano.

MARIA FÁTIMA BALESTRIN

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2000) e mestrado em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2006). Atualmente professora Assistente D da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO

MARIA FERNANDA PEREIRA

Graduanda em Direito pelo Centro Universitário Campo Real e em Serviço Social pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

AUTORES

MARIA LORENA DA ROCHA CARVALHO

Enfermeira especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Oncologia pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP - MA)

MAYCON GUIMARÃES SANTOS

Graduado em Psicologia pela Faculdade Santo Agostinho (FSA), especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Oncologia pela Escola de Saúde Publica do Maranhão (ESP-MA), Psicólogo na Equipe Multiprofissional de Atenção Primária à saúde (E-multi)

NATÁLIA KLAUCK DE SOUZA

Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do RS Mestranda em Enfermagem pelo Programa de PósGraduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

RAFAELA FIGUEIREDO DA COSTA BEZERRA

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Ciências da Saúde e Desenvolvimento Socioambiental, Docente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

SUANE MARIA MARINHO SÁ SOUZA

Psicóloga hospitalar e preceptora no HUUFMA/EBSERH, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Oncologia, especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção em Clínicas Médica e Cirúrgica pelo HUUFMA, especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia, especialista em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especialista em Educação em Saúde para Preceptores no SUS pelo Hospital Sírio Libanês

TALITA FRANCINE MORAES DE GOUVEIA

Psicóloga hospitalar e clínica, atualmente como psicóloga e responsável técnica de Psicologia do Hospital de Oncologia do Maranhão, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Oncologia pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP - MA), com formação e atuação em Psicoterapia do Luto, especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia, Especialista nas áreas de Terapia Cognitivo Comportamental, Humanização na Atenção a saúde, Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Preceptoria Multiprofissional na área da saúde. Pós-graduanda em Gestão de Redes de Atenção a Saúde pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP - MA) e em Educação na Saúde para Preceptores no SUS pelo Hospital Sírio Libanês/PROADI SUS

THAÍS PIMENTEL SALES

Discente de Enfermagem - Faculdade Integrada Cete

VANESSA TAVARES DA COSTA CATONHO

Enfermeira - Faculdade Integrada Cete

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson